128

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

ANNÉE 1972 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François PROT

NÉ LE 12 JUIN 1941 A TOULON

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ATTACHÉ ASSISTANT D'ANATOMIE (C. H. U. KREMLIN-BICÊTRE)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1972

LES CORPS ÉTRANGERS DÉGLUTIS CHEZ L'ENFANT

RÉSULTATS DICTÉS PAR L'EXPÉRIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE INFANTILE SUR 375 CAS

Président : Monsieur CHIGOT, Professeur

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE : 1972

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

François PROT

né le 12 VI 1941 à TOULON

Interne des Hôpitaux de PARIS

Attaché assistant d'Anatomie (C.H.U. Kremlin Bicêtre)

Présentée et soutenue publiquement le : 1972

Les corps étrangers déglutis chez l'enfant

Résultats dictés par l'expérience d'un service de chirurgie infantile sur 375 cas

PRESIDENT : Monsieur CHIGOT, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Professeurs titulaires

-:-:-:-:- :-:-:-

MM.	ANDRE R.	Hématologie	MM.	HUGELIN A.	Physiologie
	BRISSAUD H.	Pédiatrie		LAPIANE R.	Pédiatrie
	BROCARD R.	Médecine		LE LORIER G.	Obstétrique
	CAROLI J.	Médecine		LOEPER J.	Médecine expérimentale, Immunologie
	CATINAT J.	Cardiologie		LOYGUE J.	Chirurgie
	CERBONNET G.	Chirurgie		MAROIS M.	Histologie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie		MERGER R.	Obstétrique
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile		MILHAUD G.	Biophysique
	CONTAMIN Fr.	Neurologie		NICK J.	Neurologie
	CONTE M.	Médecine		ORCEL L.	Anatomie pathologique
	DAGUET L.	Bactériologie		PERRAULT M.	Médecine
	DEBRAY J.	Médecine		POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
	FIABEAU F.	Chirurgie		POLONOVSKI J.	Biochimie
	GERBEAUX J.	Th érapeutique		RICHET G.	Néphrologie
	GOSSET J.	Chirurgie		WOLFROMM R.	Médecine

Professeurs sans chaire

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie	MM.	GOLVAN Y.J.	Parasitologie
	CHALUT J.	Radiologie		LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie		PICARD J.	Biochimie
MM.	DUHAMEL G.	Hématologie		ROUX Ch.	Embryologie
	GIRARD F.	Physiologie		PIERON R.	Pneumo-Phtisiologie

Maitre de Conférences

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	AKOUN G.	Médecine	MM.	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	ARDAILLOU R.	Physiologie		LAUGIER A.	Radiologie
	BAUX S.	Chirurgie		LEVY V.G.	Médecine
	BOURY G.	Chirurgie		MALAFOSSE M.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie		MENSCH B.	Biophysique
	CHOUARD Cl.	O.R.L.		MERY J. Ph.	Néphrologie
	CLOAREC M.	Médecine	Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
Mme	COMBRISSON A.	Hématologie	MM.	OPOLON J.	Médecine
MM.	COSCAS G.	Ophtalmologie		PAQUELIN Fr.	O.R.L.
	DAUTRY P.	Chirurgie		HUGUIER M.	Chirurgie
	DELCROIX G.	Pneumo-Phtisiologie		PISSARRO B.	Médecine préventive
	DELIGNE P.	Anesthésiologie		POUQET J.	Médecine
	DOYON D.	Radiologie		RAMPINI Cl.	Biochimie
	DRY J.	Médecine		RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	FOUET P.	Thérapeutique		ROLAND J.	Anatomie pathologie
	GAUGIER H.	Physiologie		SALAT J.	Obstétrique
	GRUNER M.	Chirurgie infantile		SALMON Ch.	Hématologie
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie		SANTARELLI J.	Obstétrique
	GUIRAUDON G.	Anatomie		WARGON H.	Médecine expérimentale
	HERMAN D.	Médecine		WEINMANN S.	Biochimie
	HUGUET Cl.	Chirurgie			

Enseignants Associés

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Professeur Associé		MM.	BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. C. A.	Associé		ELIAKIS Em.	Médecine légale

Enseignants Contractuels

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

M. C. A. M. KIRSCH F. Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	BENOIST	Rhumatologie	MM.	DUNET	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie infantile		LOFFREDO	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie		SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignemen t

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	CASASSUS	Cardiologie	MM.	HIVET	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique		MIGNOT	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie		SAUVAN	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie		VANNIER	Pneumologie

A ma Femme

et à mon Fils

avec toute mon affection

A mes Parents

et à mes Beaux Parents

en témoignage
de ma reconnaissance
et de mon affection

A ma Famille

A mes Amis

A Monsieur le Professeur CHIGOT

qui nous inspira le sujet de cette thèse
et nous fait l'honneur de la présider

A Monsieur le Professeur Agrégé GRUNER

qui nous guida dans la rédaction de ce travail

A Monsieur le Professeur Agrégé MERCADIER

il nous a accueilli dans son service
et nous enseigna la chirurgie digestive
qu'il trouve ici le témoignage de
notre respectueux attachement

A Monsieur le Professeur Agrégé CLOT

il fut notre conférencier
et nous apprit la chirurgie
qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude pour les
conseils qu'il nous prodigua

A Monsieur le Professeur CAUCHOIX

il nous enseigna la rigueur
qu'il trouve ici l'expression
de ma respectueuse reconnaissance

A mes Maîtres dans les hôpitaux de Paris

Messieurs les Professeurs, Professeurs Agrégés et Docteurs

Dans l'externat

1962 Cauchoix - Duparé

1963 Meyer

Lenègre

1964 Justin Besançon - Péquignot - Etienne

Boudin

1965 Küss

Sarrazin

1966 Coste - Massias

Dans l'internat

1968 David - Hirsh - Aboulker - Perthuiset

Baumann - Vaysse - Lacombe - Andréassian -

Démont

1969 Dufourmentol - Mouly

Chigot - Grüner - Bruézière

1970 Calvet

1971 Cauchoix - Deburge - Lemoine

1972 Mercadier - Garnier - Clot - Eudel

A mes autres Maîtres dans la faculté Gillot

en composition Chevallier - Vidal

PLAN

Introduction

Circonstances d'ingestion

Rappel physiologique

Diagnostic

Evolution

- normale
- avec arrêt et reprise du transit
- compliquée

Conduite thérapeutique

Conclusion

Observations

Bibliographie

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Il est fréquent qu'un enfant absorbe un corps étranger.

De 1950 à 1971, 565 enfants ont été admis pour cette raison dans le service du Professeur CHIGOT, à l'hôpital TROUSSEAU, ce qui signifie un hospitalisé sur 140 (70 000 hospitalisations).

Chez 70 d'entre eux, la présence d'un corps étranger dégluti n'a pu être affirmée, mais l'angoisse des parents, le crainte d'un corps étranger radio-transparent, ont néanmoins motivé leur hospitalisation.

La revue des 495 autres dossiers nous amène à un certain nombre de questions.

- Faut-il hospitaliser tous les enfants qui ont dégluti un corps étranger ?
- Quelle doit être la surveillance clinique et le rythme des clichés radiologiques ?
- Quelles sont les complications réellement rencontrées ?
- Quand peut-on penser qu'il y a perforation plutôt qu'arrêt momentané du transit du corps étranger ?
- Quels sont les corps étrangers susceptibles d'entraîner des complications ?
- Existe-t-il un traitement préventif pour certains d'entre eux ?

CIRCONSTANCES D'INGESTION

Circonstances d'ingestion

375 des dossiers du service concernant les corps étrangers déglutis ont été exploités.

Les garçons, 225, sont plus gloutons que les filles, 150 ; avec 2 pics de fréquence, l'un à 1 an chez un nourrisson au stade oral, l'autre entre 3 et 4 ans.

Dans ce service de chirurgie générale :

- Il est rare qu'il s'agisse comme en psychiatrie
  - d'encéphalopathès : 3 cas (obs 340, 60, 93) tous 3 ont été opérés,
  - d'une psychopathe dans un tableau de conflit familial (obs 234),
  - ou d'une mongolienne (obs 291).
- Les déglutitions sur sténose digestive sont classiques, entraînant parfois le blocage du corps étranger, nous n'en avons pas observé. (Deux observations récentes : 1° une occlusion duodénale chez un mongolien de 3 ans ayant ingéré des noyaux d'olive qui ont complété une sténose congénitale
  2° l'autre un blocage sur une sténose caustique de l'oesophage par pelure d'orange).

Quelques cas particuliers :

- Trois complications de traitements dentaires :
  - dont l'une met en jeu les responsabilités de l'opérateur, déglutition d'un tire-nerf (obs 26),
  - dans les 2 autres cas, il y eut déglutition d'un fil d'acier rompu (obs 294 et 78).
- L'histoire d'un jeune garçon hospitalisé pour l'absorption d'un ressort (obs 157), celui-ci n'était pas visible dans l'abdomen mais la radio permettait de l'apercevoir dans la bronche droite alors que l'enfant ne présentait pas de troubles respiratoires. Quelques heures plus tard s'installe une dyspnée violente et de la toux, un nouveau cliché est pratiqué : le corps étranger était passé spontanément dans l'estomac.

D'où les règles suivantes :

- l'absence de corps étranger dans l'abdomen doit faire pratiquer une radio des poumons à la recherche d'un corps étranger respiratoire (2 cas obs 157 et 13), ce corps étranger peut devenir digestif (obs 157) et inversement un corps étranger dégluti, rejeté lors de vomissements pourrait être inhalé.

- la survenue des troubles respiratoires au cours de la surveillance d'un corps étranger doit évoquer une bronchopathie obstructive (obs 13). Cet enfant a été vu par ses parents mettre un capuchon de stylo bille dans sa bouche. La radio de l'abdomen est normale, mais cet objet n'est pas opaque aux rayons X. Une atélectasie pulmonaire gauche est visible sur le cliché. L'extraction du capuchon est pratiquée par bronchoscopie, il se présente par sa base 2 à 3 cm au-dessous de la bifurcation dans la bronche gauche.

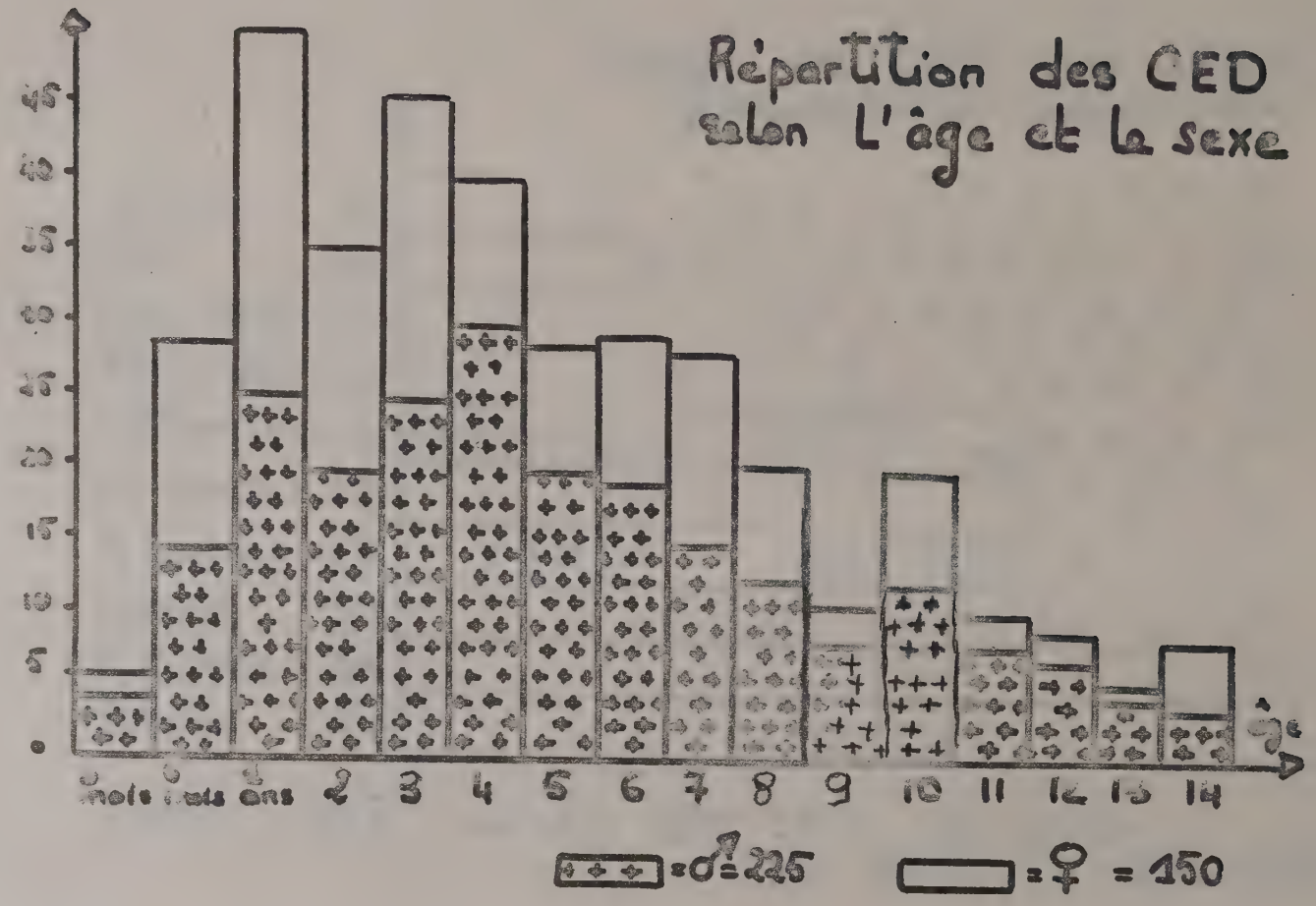
Parmi les objets les plus souvent rencontrés :

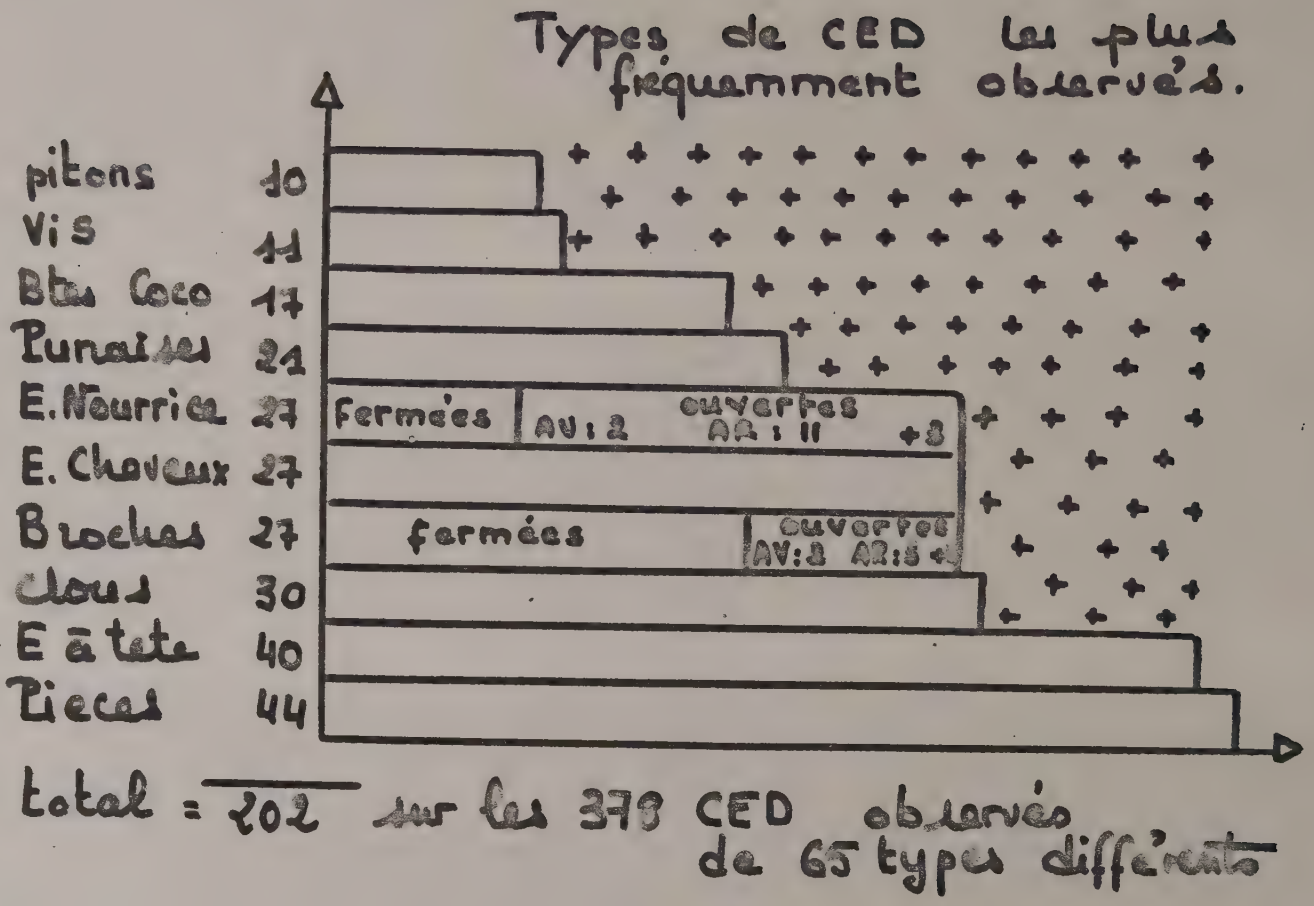
- les pièces de monnaie 44
- les épingles à tête 40
- les clous 30
- les broches 27
  dont 19 fermées
  et 8 ouvertes
- les épingles à cheveux 27
- les épingles de nourrices 27
  dont 9 fermées
  et 18 ouvertes
- les punaises 21
- Les boîtes de coco 17
- les vis 11
- les pitons 10

les autres corps étrangers se présentent par unités, nous en avons relevé 65 types différents et nous citerons parmi les plus curieux :

- une plume à écrire
- une clef de serrure
- une montre
- un oeil de verre
- un osselet
- un soldat de plomb
- une ampoule de lampe de poche
- une clef de jouet

Signalons enfin la possibilité de corps étrangers multiples 5 cas (obs 242, 348, 321, 127, 139).


Répartition des CED
selon l'âge et le sexe
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
mois
mois
ans
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
âge
♂ = 225
♀ = 150


Types de CED les plus fréquemment observés.
pitons 10
Vis 11
Btes Coco 17
Punaises 21
E. Nourrice 27
E. Cheveux 27
Broches 27
clous 30
E à tete 40
Pieces 44
fermées
AV:2
ouvertes
AR:11
+3
fermées
ouvertes
AV:3 AR:5
Total = 202 sur les 378 CED observés
de 65 types différents

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

Le transit de ces corps étrangers sera fonction de leurs aspérités, de leur longueur et de leur diamètre. Le tube digestif va s'opposer à leur passage par sa forme et sa physiologie.

Tout d'abord, lors de la déglutition :
Un premier obstacle est constitué par le carrefour aéro digestif traversé normalement en une seconde.

Le transit oesophagien, 5 à 10 secondes, par le jeu de la pesanteur et du péristaltisme fait franchir les rétrécissements aortique et bronchique, diaphragmatique et cardial, dont on peut rapprocher les rétrécissements pathologiques et ceux survenus après intervention pour atrésie oesophagienne. A ce propos, nous conseillerons le transit oesophagien de contrôle après un blocage à ce niveau qui peut être révélateur.

Le transit gastrique, sera fonction des contractions et de l'évacuation rythmée du pylore, qui commence 20 minutes après le début du repas.
Le pylore s'opposera à l'évacuation des objets de grand calibre, en particulier les pièces de monnaie, les boîtes de coco ou les billes qui glissent à son niveau sans pouvoir engager leur plus grand diamètre.

Le duodénum fait obstacle à cette évacuation :

- d'une part du fait de ses coudures infranchissables pour de trop longs objets,
- d'autre part à cause de ses mouvements anti-péristaltiques qui favorisent l'enclavement ou la perforation.

La première anse jéjunale, attachée de court par son méso, gênera l'évolution d'objets longs.

Le restant du grêle, y compris la valvule de Bauhin, ne pose généralement pas de problèmes, citons l'exceptionnel enclavement dans le diverticule de Meckel.

Le rôle de réservoir que joue le colon s'accompagne parfois d'une stagnation, en particulier dans le colon droit, et l'on a décrit des blocages dans l'appendice.

Quel que soit le niveau, lesobjets piquants peuvent à tout moment accrocher ou perforer la paroi, favorisés en cela par les contractions et les spasmes. Mais la propulsion est assurée par les mouvements péristaltiques.

Deux conséquences thérapeutiques en découlent :

- il ne faut pas laisser les enfants à jeun mais au contraire augmenter le bol alimentaire pour favoriser la progression.
- l'administration de parasympathicolythique type atropine, en s'opposant aux spasmes, diminuera les risques de perforation.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC

Après avoir ramené le calme, atténué le sentiment de culpabilité de la grand-mère et mis un frein aux discussions des parents qui font le bilan des responsabilités,

on tentera de savoir si l'enfant a dégluti devant témoin,

et l'on fera préciser les qualités de l'objet et de la symptomatologie immédiate : vomissements, douleurs, dyspnée, en fait ces signes sont le plus souvent absents.

La radiographie

- permet dans la majorité des cas d'affirmer le diagnostic et de s'assurer du type du corps étranger et de sa localisation.
- si aucun corps étranger n'est alors visible, il peut s'agir :
  - de l'absence de corps étranger
    et il est fréquent que les parents viennent reprendre leur enfant après avoir retrouvé chez l'objet perdu. Signalons que 70 des dossiers du service concernaient des enfants hospitalisés pour des corps étrangers dont la déglutition n'a pu être prouvée. Les radios sont restées négatives, il n'y a pas eu d'expulsion.
  - il peut s'agir de corps étrangers non opaques
    heureusement rares, 4 cas dans nos dossiers
    un sifflet en plastique qui a transité sans problème (obs122) un sifflet en bois expulsé en 3 jours (obs 156) un caillou qui s'est arrêté dans l'oesophage (obs 212) et des morceaux de verre, une fois transparent sur 3 cas (obs 102, 305, et 123).
    Il peut être utile lorsque l'on méconnait la transparence d'un objet aux rayons X, de faire un cliché avec sur la plaque un objet du même type, placé à côté de l'enfant ou sur son abdomen.
  - il peut s'agir enfin d'une erreur technique
    radio mal centrée ou mobilisation de l'objet lors du cliché par des mouvements respiratoire ou péristaltique.

    Il est alors indispensable de faire :
    un abdomen de profil (les mouvements péristaltiques sont moindres dans ce plan que dans le plan frontal),
    un cliché du thorax et du cou face et profil, le copps étranger peut être resté sus diaphragmatique.

E V O L U T I O N

EVOLUTION

I DANS LA MAJORITE DES CAS LE TRANSIT S'EFFECTUE SANS PROBLEME.

Ainsi dans 289 des 375 cas observés ici, l'expulsion anale s'est-elle produite spontanément au bout de un à trois jours d'une évolution surveillée cliniquement et radiologiquement.

A Cliniquement

nous avons pu observer

1 - une petite hématémèse (obs 15)

chez un garçon de deux ans ayant avalé une épingle à tête qui est ce jour là dans l'estomac et qui transita spontanément en 3 jours.

2 - des troubles du transit

. une diarrhée la veille de l'évacuation d'une grosse vis (obs 2);

. une constipation les 5 jours qui précèdent l'évacuation d'une bille métallique qui transita en 8 jours (obs 84).

3 - des rectorragies

la veille de l'expulsion d'un clou de tapissier (obs 249).

4 - des vomissements

. qui dans l'observation 59 s'accompagnaient de filets de sang. La radio objectiva une épingle à nourrice ouverte bloquée dans l'oesophage devant la 8ème vertèbre dorsale, pointe en haut. Cette épingle sera expulsée spontanément 4 jours plus tard.

. après déglutition d'une broche à bavoir fermée expulsée en 24 heures.

5 - des douleurs abdominales

. épigastriques (obs 86), la veille de l'expulsion d'un soldat de plomb qui transita en 3 jours

. des deux fosses iliaques (obs 142), sans température au cours du transit lent mais sans arrêt en 9 jours d'une épingle.

6 - un syndrome abdominal douloureux et fébrile

. (obs 135), un enfant de 5 ans est adressé pour douleur de la fosse iliaque droite avec fièvre à 37°6 mais le ventre est souple 6 000 blancs avec 60% de polynucléaires à la numération formulesanguine, l'abstention est décidée. Les douleurs persistant 36 heures plus tard, un cliché de l'abdomen révèle une opacité métallique de la fosse iliaque droite qui cédent avec l'expulsion au 5ème jour.

.(obs 119), chez une fillette qui a avalé une vis de mécano visible dans le grêle sur la radiographie, les douleurs de la fosse iliaque droite avec température à 37°5 cèderont avec l'expulsion au 4ème jour.

7 - une poussée fébrile isolée à 38°4 la veille de l'expulsion d'une punaise avec cédation immédiate (obs 328).

La symptomatologie clinique est dans l'ensemble très pauvre. Elle est parfois révélatrice d'un corps étranger méconnu, la radio redresse alors la diagnostic.

B Radiologiquement

La surveillance ne doit pas être trop fréquente, exposant inutilement aux rayons X.

1 - dans la majorité des cas, la radio sans préparation est suffisante.

2 - l'utilisation de produits opaques sera utile :

. si le corps étranger est radiotransparent. Ce fut le cas chez un enfant qui vomissait depuis3 jours, le transit oesophagien avec produits opaques fit découvrir et localiser le corps étranger au niveau de la 6ème dorsale. L'oesophagoscopie permit l'extraction.

. en pré-opératoire immédiat nous les avons utilisés lorsqu'il y avait doute sur la localisation.

3 - lors de la surveillance du transit, nous avons commis plusieurs types d'erreurs dont la plus fréquente consiste à localiser dans le grêle ou le transverse un corps étranger en fait gastrique, méconnaissant ainsi un bloquage au niveau de l'estomac (obs 231). Il peut arriver en effet que la grande courbure descende jusqu'en L5, (obs 23) du fait de sa fréquente dilatation.

C Ainsi l'expulsion anale est-elle de règle. Cependant nous rapporterons les deux observations suivantes :

- Celle d'un enfant chez qui nous avons observé le rejet d'une boîte de coco lors de vomissements, après que celle-ci ait séjourné 48 heures dans l'estomac (obs 189).
- Et celle d'un nourrisson de neuf mois qui avait avalé une épingle à nourrice ouverte (obs 105). Une radiographie pratiquée le jour même le montre dans l'estomac.

Le lendemain le cliché ne montre rien et l'on conclut à l'expulsion. Dans la soirée, quelques vomissements font pratiquér une nouvelle radio de l'abdomen sur laquelle on aperçoit l'extrémité de l'épingle qui, lors d'un effort de vomissement est allée se fixer dans l'oesophage au niveau de la 1ère dorsale, elle a pu être retirée par oesophagoscopie.

II EVOLUTION AVEC ARRET ET REPRISE DU TRANSIT. (65 cas)

A Dans l'oesophage

1 - l'attention est parfois attirée sur l'oesophage par :
une douleur thoracique deux fois (obs 320 et 37),
des vomissements 3 fois (obs 59, 97 et 212),
le plus souvent il s'agit d'une découverte radiologique.

2 - les arrêts sont fréquents (17 cas), en particulier pour les objets ronds de grand diamètre (14 cas) : 11 pièces de monnaie
1 roue
1 sifflet
1 médaille

ils se sont arrêtés de 1 à 24 heures
soit au niveau de la jonction cervico-thoracique (3 cas)
soit au niveau des rétrécissements aortiques et bronchiques (9 cas)
soit dans le bas oesophage (5 cas)

3 - des objets plus agressifs sont descendus spontanément (3 cas)
. 1 petit cheval en plastique, arrêté 24 heures au niveau de la 4ème dorsale (obs 253)
. 1 épingle à nourrice ouverte dans le bas oesophage en D 10, dont la pointe dirigée vers le haut permettait la descente (obs 236)
. 1 clou cavalier (obs 344)

Dans ces conditions, il découlait que les 5 corps étrangers arrêtés dans le bas oesophage ont transité spontanément, il s'agissait d'une épingle à nourrice ouverte (obs 236), de trois pièces de monnaie (obs 285, 228, et 307), d'une roue (obs 252).

B Au niveau de l'estomac

Les arrêts sont nombreux (44) durant de 1 à 10 jours, le plus souvent asymptomatiques. Une seule fois l'enfant s'est plaint de douleurs abdominales,

il s'agissait d'une pièce de monnaie (obs 285).

Parmi les corps étrangers arrêtés on relève

11 pièces de monnaie dont la durée moyenne d'arrêt est de 5 jours,

9 boîtes de coco, durée moyenne d'arrêt 6 jours,

6 épingles à cheveux, durée moyenne d'arrêt 4 jours,

2 épingles à nourrice ouvertes, durée moyenne d'arrêt 3 jours (obs 350 et 59)

C - Au niveau du duodénum et de la 1ère anse jéjunale

les arrêts n'ont jamais été suivis d'une reprise de la progression.

D - Au niveau du grêle

aucun arrêt

E - Au niveau de l'angle iléo-coecal

Deux cas

1 punaise s'arrête 2 jours,

1 clou, 4 jours.

F - Dans le colon droit

Quatre cas

1 médaille : 1 jour,

1 clou cavalier : 1 jour,

1 punaise : 4 jours,

1 fil métallique d'appareil dentaire : 5 jours.

G - A l'angle droit

1 épingle : 6 jours.

H - Au niveau du rectum

1 boîte de coco : 3 jours.

III LES COMPLICATIONS

sont les perforations

A - En effet les occlusions sont rares (un cas récent d'occlusion duodénale chez un Mongolien de 3 ans ayant ingéré des noyaux d'olive qui ont complété une sténose congénitale)

Les perforations se présentent de deux façons très différentes :

B - Ce peut être la perforation aiguë, classique, avec son tableau péritonéal, nous n'en trouvons pas d'exemple chez nos hospitalisés (ce qui fait douter de son existence).

C - Par contre, nous observons des perforations chroniques avec nécrose pariétale progressive, parfois abcès, et tous les intermédiaires sont possibles, entre le simple enchatonnement dans la muqueuse oedématiée, et la véritable migration du corps étranger à travers la paroi dont nous n'avons pas ici d'exemple. Le diagnostic en sera évoqué :

1 Cliniquement

a . sur des signes inflammatoires, hyperthermie, hyperleucocytose à polynucléaires accélération de la vitesse de sédimentation.

b . parfois des signes en rapport avec le lieu de la perforation

- un syndrome de Claude Bernard Horner, provoqué par une épingle à nourrice ouverte, bloquée dans l'oesophage perforante au niveau de la charnière cervico-dorsale (obs 98),
- une hématémèse provoquée par une épingle bloquée dans l'oesophage au niveau des crosses, perforante, elle a lésé la carotide primitive gauche et la crosse de l'aorte (obs 93),
- un méléona provoqué par une épingle à nourrice ouverte, perforante au niveau du 1er duodénum (obs 159),
- des troubles de la déglutition, provoqués par une épingle bloquée dans le pharynx (obs 103).

c . une fois c'est un syndrome abdominal douloureux depuis une semaine, fébrile (38°6 à 40°) s'accompagnant de vomissements qui fit hospitaliser l'enfant dans le service. La radio pulmonaire fit découvrir une épingle à cheveux bloquée dans le duodénum. Deux jours plus tard, apparaissait un syndrome speticémique avec hémoculture positive à colibacilles qui guérit en 2 jours par les antibiotiques L'épingle à cheveux fut retirée par laparotomie une semaine plus tard (obs. 74).

2 Radiologiquement, le diagnostic de perforation chronique s'appuiera sur "la fixation en un point donné avec une orientation donnée" (Laurence) lors des différents contrôles.

C O N D U I T E T H E R A P E U T I Q U E

CONDUITE THERAPEUTIQUE

SI LE TRANSIT SEMBLE NORMAL

Le traitement médical seul permet d'obtenir l'expulsion dans 289 cas sur 375.

I L'alimentation riche en cellulose a une double visée : augmenter le bol alimentaire pour faciliter le transit et enrober le corps étranger.
Dans ce but, on prescrira les classiques queues d'asperges
les poireaux
le coton en petites boulettes imbibées de lait ou de confiture.

II Les antispasmodiques, lorsqu'ils étaient prescrits ce qui ne fut pas systématique, étaient donnés sous forme de teinture de Belladone ou d'atropine.

EN CAS D'ARRET DU TRANSIT

Le traitement médical est poursuivi.

I Au niveau de l'oesophage (30 cas)
Un arrêt de 24 heures doit entraîner le tentative d'extraction encoscopique et en cas d'échec l'intervention. Cette attente de 24 heures se justifie par les faits suivants :

- 17 des 30 corps étrangers arrêtés dans l'oesophage sont descendus spontanément au cours des 24 premières heures.
- au delà de 24 heures, nous n'avons jamais observé de reprise de la progression.
- dans ces conditions nous n'avons pas eu de complication, que ce soit spontanément, en cours ou au décours de l'endoscopie
- mais il faut être certain de la localisation oesophagienne et dans le doute avoir recours à un transit oesophagien hydrosoluble, si le doute persiste malgré tout, il faut pratiquer une oesophagoscopie immédiate.

L'endoscopie (13 cas) conduite par une main experte permet d'éviter la plupart des interventions.
Elle a un double but : visualiser le corps étranger et les lésions qu'il a pu causer, et mobiliser un corps étranger fixé. Une seulefois, dans notre série, le corps étranger ne fut pas vu (obs 93).
La mobilisation du corps étranger fixé (12 fois) peut se faire selon 2 modalités :

- extraire l'objet si l'on réussit à l'appréhender (5 fois)
- sinon le pousser dans l'estomac (7 fois).

Pour les épingles à nourrice ouvertes et les objets s'en rapprochant, le problème est particulier. Nous en avons 8 cas. Les modalités d'extraction sont fonction de l'orientation de la pointe.

- si la pointe dst dirigée vers le bas l'extraction est possible. C'est l'orientation la plus rare, rencontrée une seule fois (obs 105),
- si la pointe est dirigée vers le haut, il est bien rare que l'on parvienne à la saisir et à extraire l'épingle rendue inoffensive, ceci ne fut jamais possible dans notre série. En cas d'échec pour attraper la pointe, l'épingle est alors poussée dans l'estomac (7 fois).

La chirurgie est réservée au cas où l'endoscopie est en défaut. Ce peut être pour un corps étranger non vu (1 cas : obs 93) ou pour un corps étranger non mobilisable. Nous ne nous sommes jamais trouvés dans cette dernière situation, et les échecs de l'endoscopie sont beaucoup moins nombreux pour nous que dans d'autres statistiques. Le recours à lachirurgie est parfois nécessaire pout traiter les lésions provoquées par la perforation et visualisées lors de l'endoscopie.

II Dans l'étage sous diaphragmatique

A Les objets non agressifs

Ils ne doivent pas êtré opérés qu'il s'agisse de pièces de monnaie, billes de verre ou de métal, épingles de nourrices fermées, tous les objets arrondis ont toujours transité spontanément. Sur 44 arrêts gastriques, 29 étaient de ce type.

Certains avaient été adressés dans le service après avoir stagné plusieurs jours, et une fois plusieurs semaines dans l'estomac. Or il a suffi de quelques jours de traitement médical bien suivi pour obtenir l'expulsion.

Les clichés de surveillance peuvent être plus rares dans ces cas, espacés de 2 ou 3 jours par exemple.

L'hospitalisation ne semble pas nécessaire. Dès qu'ils sont parvenus dans l'étage sous diaphragmatique.

B Les objets agressifs

1° bloqués au niveau de l'estomac (15 cas, 4 interventions)

Etant donné les séjours prolongés tolérés sans dommage par l'estomac, notre critère ne sera pas la durée mais la mobilité du corps étranger dans ce vaste organe.

Il est en effet abusif d'opérer systématiquement un corps étranger libre susceptible de passer spontanément le pylore, comme il serait risqué de laisser évoluer vers la migration un corps étranger ayant entraîné une perforation chronique. Celle-ci sera diagnostiquée sur des clichés pris en différentes positions, prouvant la fixité du corps étranger. On peut proposer, pour éviter les clichés intempestifs, de pratiquer chaque jour un cliché de face en position différente : debout, décubitus dorsal ou décubitus latéral droit ou gauche.

Sur les 15 corps étrangers agressifs, bloqués au niveau de l'estomac, 11 ont migré spontanément après un arrêt de 1 à 7 jours et 4 ont été opérés pour perforation :

- 2 épingles à nourrice ouvertes (obs 60 et 98), toutes deux avaient subi une oesophagoscopie pour arrêt oesophagien.
- 2 épingles de couturier (obs 7 et 9) qui avaient entraîné une perforation après un séjour gastrique de 3 et 8 jours.

L'intervention est menée par laparotomie médiane qui seule permet un bilan des lésions. Le repérage est le plus souvent manuel, en cas d'échec on s'aide de la radiographie. L'extraction est faite par gastrotomie 3 fois, sans qu'il soit fait de geste au niveau de la perforation elle-même. Une fois, l'extraction de l'épingle de couturier a été faite à travers la paroi gastrique, sans l'ouvrir, et en enfouissant par une bourse le point d'extraction.

Les suites ont été compliquées une fois (obs 98), il s'agissait d'un abcès péri-oesophagien, l'épingle à nourrice arrêtée dans l'oesophage avait été poussée par endoscopie de l'oesophage dans l'estomac où elle s'était à nouveau arrêtée. Cet abcès a parfaitement cédé sous traitement médical en 3 semaines.

2° Arrêt au niveau du duodénum (6 cas, 6 interventions)

Deux clichés à 24 heures d'intervalle montrant la fixité du corps étranger au niveau du duodénum doivent conduire à l'intervention. Il est inutile d'attendre plus longtemps, nous n'avons pas observé à ce niveau une seule reprise du transit après arrêt de 24 heures, parmi les 6 corps étrangers de ce type qui sont restés bloqués de 3 à 18 jours. Par contre, nous avons observé une septicémie une dizaine de jours après l'absorption du corps étranger et 3 jours après vérification du blocage en D2.

Parmi les 6 corps étrangers en question, nous relevons :

. 1 clou de 7 cm arrêté dans le 4ème duodénum depuis 11 jours (obs 340),

. 3 épingles à cheveux : l'une au génu supérieur depuis 7 jours (obs 264)

les 2 autres dans le 2ème duodénum depuis respectivement 15 et 18 jours (obs 195 et 74),

. 2 épingles à nourrices ouvertes, l'une dans le 1er duodénum depuis 3 jours (obs 159),

l'autre dans le 2èmedepuis 4 jours (obs 37).

Du point de vue chirurgical la duodénotomie ne pose plus les problèmes d'autrefois, cependant on tentera de faire repasser le pylore au corps étranger par des manoeuvres transpariétales douces.

Deux fois nous avons pratiqué une gastrotomie (obs 37 et 195)

Trois fois une duodénotomie sur le corps étranger qui était non mobilisable, soit au génu supérius (obs 264), soit en D2 (obs 74), soit en D4 (obs 340).

Une fois, nous avons utilisé la méthode de Martin et Anglade pour une épingle à nourrice ouverte fixée en D1 (obs 159).

Dans tous les cas les suites opératoires ont été parfaitement simples en dehors d'une hématémèse survenue le lendemain de la méthode Martin et Anglade.

3° Arrêt au niveau du grêle et du colon (11 cas, 3 interventions)

Après avoir fait le diagnostic d'arrêt du corps étranger à ce niveau, une attente de 7 jours nous semble raisonnable avant de poser l'indication opératoire. En effet, les chances d'une évacuation spontanée sont grandes. Sur 11 corps étrangers, 8 ont été évacués dans ce délai sous traitement médical, il s'agissait :

- au niveau de l'angle iléo-coécal : 1 punaise, 2 jours
  1 clou, 4 jours
- au niveau du coecum : 1 médaille, 1 jour
  1 punaise, 4 jours
- au niveau du colon droit : 1 clou cavalier, 1 jour
  1 fil métallique d'appareil dentaire, 5 jours
- au niveau de l'angle droit : 1 épingle de couturière, 6 jours
- au niveau du rectum : 1 boîtr de coco, 3 jours

Deux corps étrangers furent opérés. Il s'agissait :

- d'un crayon, bloqué 11 mois dans la première anse jéjunale (obs 148). Il n'entrainait aucune symptomatologie. Il fut extrait par entérotomie avec des suites faciles.
- d'un clou, (obs 265), adressé par son médecin pour un tableau d'appendicite aiguë après absorption de cerise avec leur noyau, les jours suivants le transit digestif est normal et l'enfant expulse de nombreux noyaux. La radio de l'abdomen sans préparation, pratiquée 2 jours après son arrivée fit découvrir un clou dans le doecum. Il resta dans la même position pendant les 12 jours suivants. L'intervention fut alors décidée. Le clou fut glissé dans l'appendice et extrait par appendicectomie, l'opérateur notait l'existence de nombreux ganglions mésentériques. Les suites furent simples.

Le dernier corps étranger fut retiré par rectoscopie, il s'agissait d'une broche ouverte déglutie à une date inconnue et qui était restée fixée dans le rectum et dont l'exérèse ne présentait pas de difficulté.

On peut donc conclure que la majorité des corps étrangers bloqués dans le colon s'évacue spontanément en une semaine au plus. Passé ce délai aucun corps étranger n'a repris son transit, il faut donc les évacuer chirurgicalement, par entérotomie ou colotomie avec les précautions d'usage. Aucun accident n'a été observé au cours de ces perforations chroniques. Au niveau du rectum, ils sont susceptibles d'être retirés par rectoscopie.
Nous n'avons pas rencontré d'observation d'arrêt au niveau du grêle hormis la première anse jéjunale.

Ces indications comportent 2 cas particuliers qui sont les objets longs et les épingles à nourrices ouvertes.

Les objets longs (2 cas)

Ce sont essentiellement les clous et les crayons de dimensions supérieures à 5 ou 6 cm, ils seront systématiquement extraits lors de leur passage dans l'estomac. En effet, ils entraînent toujours une perforation chronique au niveau des angles fixés du duodénum ou de la 1ère anse jéjunale. Ces chiffres indiqués par différents auteurs ont été confirmés par nos observations.

- (obs 340), un enfant de 11 ans avait avalé un clou de 7 cm qui s'est bloqué au niveau du 4ème duodénum et que nous avons extrait 11 jours plus tard par duodénotomie.

- (obs 148), chez un enfant de 10 ans, un crayon de 5 cm qui était opaque aux rayons X est resté bloqué dans la 1ère anse jéjunale pendant 11 mois sans symptomatologie. Il fut extrait par entérotomie.

Aucun corps étranger de plus de 5 cm n'a transité spontanément chez les enfants observés.

Les épingles à nourrice ouvertes (16 cas)

Elles donnent fréquemment lieu à la perforation mais pas autant que l'on pourrait s'y attendre. Six d'entre elles, soit plus d'un tiers ont transité sans problème en 2 jours 1/2 en moyenne.

Deux se sont arrêtées momentanément : (obs 350) 4 jours dans l'estomac
(obs 236) 1 jour dans l'oesophage terminal au niveau de D11

En tout 8 ont transité spontanément, soit 50%.

parmi les 8 autres :

- 7 restent bloquées dans l'oesophage, nécessitant une oesophagoscopie,
  - 6 ont la pointe en haut, elles sont poussées dans l'estomac,
  - 1 seule, la pointe en bas sera extraite,
- 1 cas de blocage dans le 1er duodénum est extrait par la méthode de Martin et Anglade.

Sur les 6 épingles à nourrice ouvertes, poussées dans l'estomac par oesophagoscopie, 3 entraîneront une nouvelle perforation :

- 2 dans la région pré pylorique furent extraites par gastrotomie,
- 1 dans le 2ème duodénum, repoussé dans l'estomac, sera extraite elle aussi par gastrotomie.

L'extraction systématique lors du passage dans l'estomac a été proposée, nous la repoussons car : 50% des épingles ont transité spontanément
25% ont transité après une simple oesophagoscopie
25% seulement ont nécessité une laparotomie.

Serait-il possible de prévoir quelles sont les épingles à nourrice qui donneront lieu à complications selon leur orientation pour les extraire électivement? Lors du transit, il se fait une première orientation lors de la déglutition. Nous avons vu que le plus souvent la pointe est en haut dans l'oesophage. Dans l'estomac les changements d'orientation sont nombreux. Par exemple, les épingles qui avaient été poussées par endoscopie et dont la pointe était en haut ont entraîné 2 perforations antrales et une perforation duodénale qui se sont

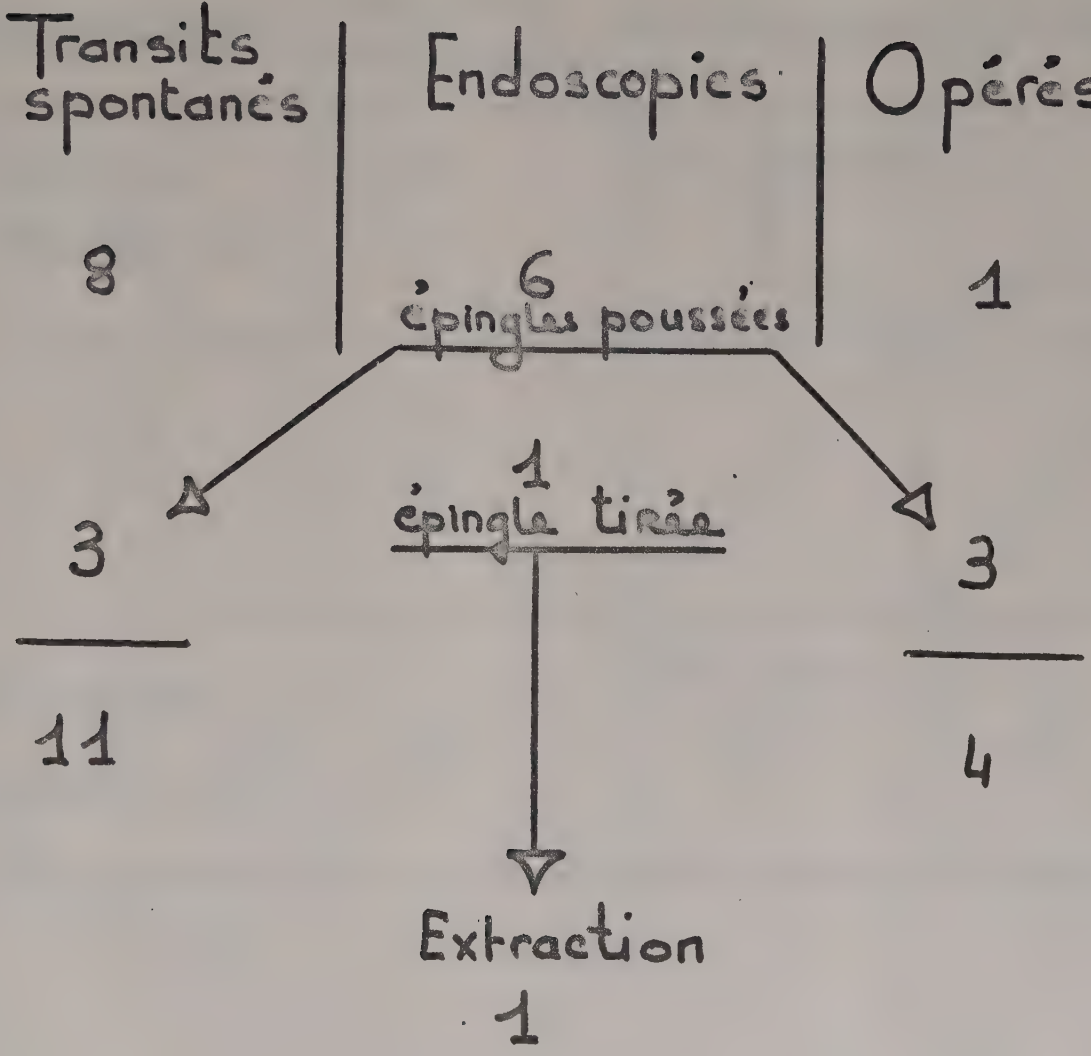
faites pointe en avant. Mais parmi les épingles qui ont transité sans problème certaines se trouvaient au delà du pylore pointe en avant.

Il semble donc impossible de prévoir quelles sont celles qui entraîneront des perforations, si bien que les indications concernant les épingles à nourrice ouvertes à l'étage sous-diaphragmatique rejoignent celles des autres corps étrangers agressifs.
En tout, 4 seulement ont nécessité une laparotomie sur 16 épingles à nourrice ouvertes.

Enfin, terminons par deux accidents aigus :

- d'une part les occlusions qui nécessitent une intervention immédiate, (un cas récent d'occlusion duodénale)
- mais surtout, les états de détresse respiratoire, parfois signalés lors de corps étrangers bloqués dans l'oesophage, imposant un geste thérapeutique d'urgence, que nous n'avons pas rencontrés.

Devenir des épingles de nourrice ouvertes (16)



Devenir des épingles de nourrice ouvertes selon leur orientation.

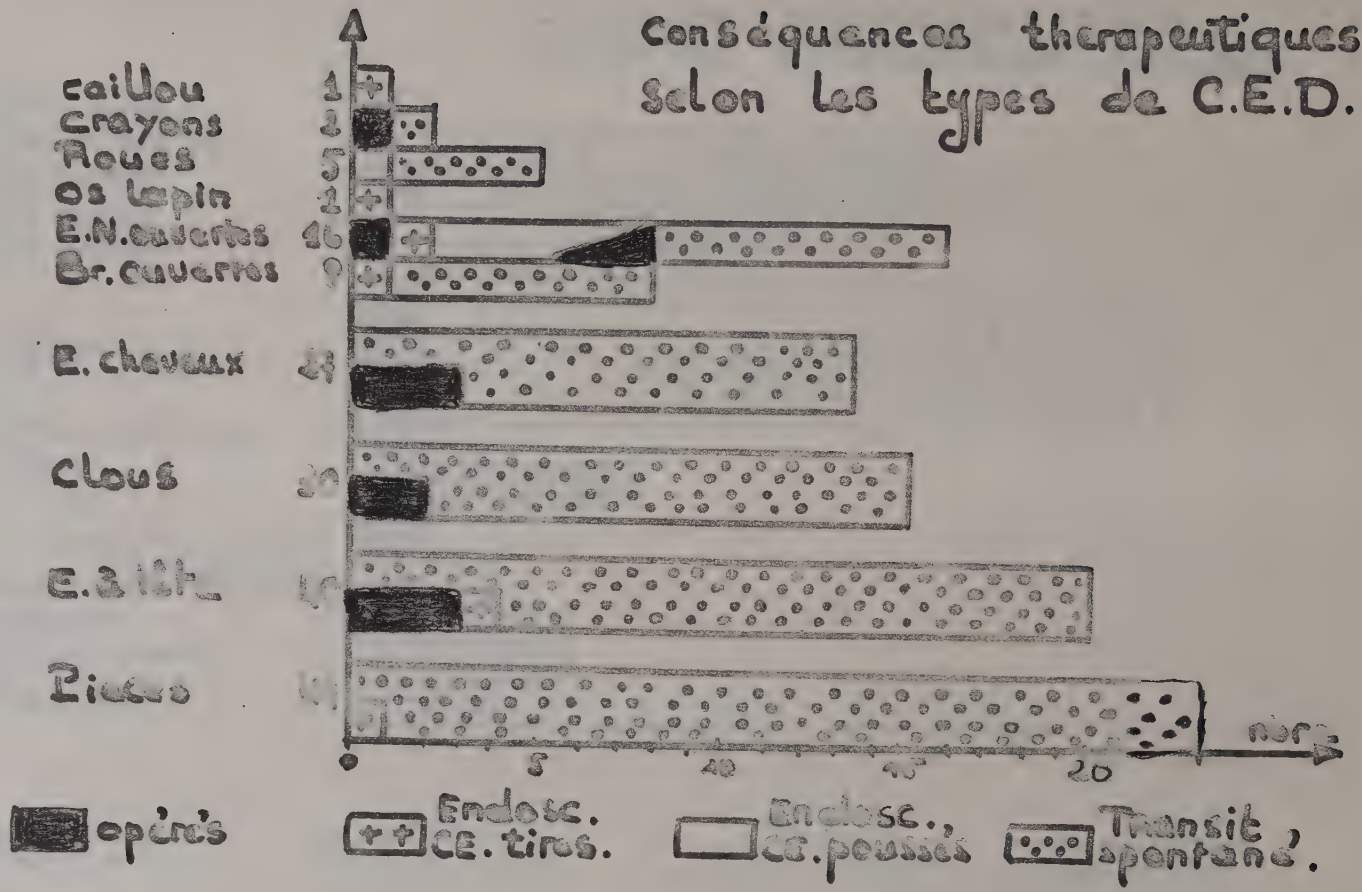
ORIENTATION	Transits spontanés	Endoscopies	Opérés
Pointe en ARRIERE . 11	5 + 3	C. E. Poussés 6	3
?	2		
Pointe en AVANT . 3	1	C. E. tiré 1	1

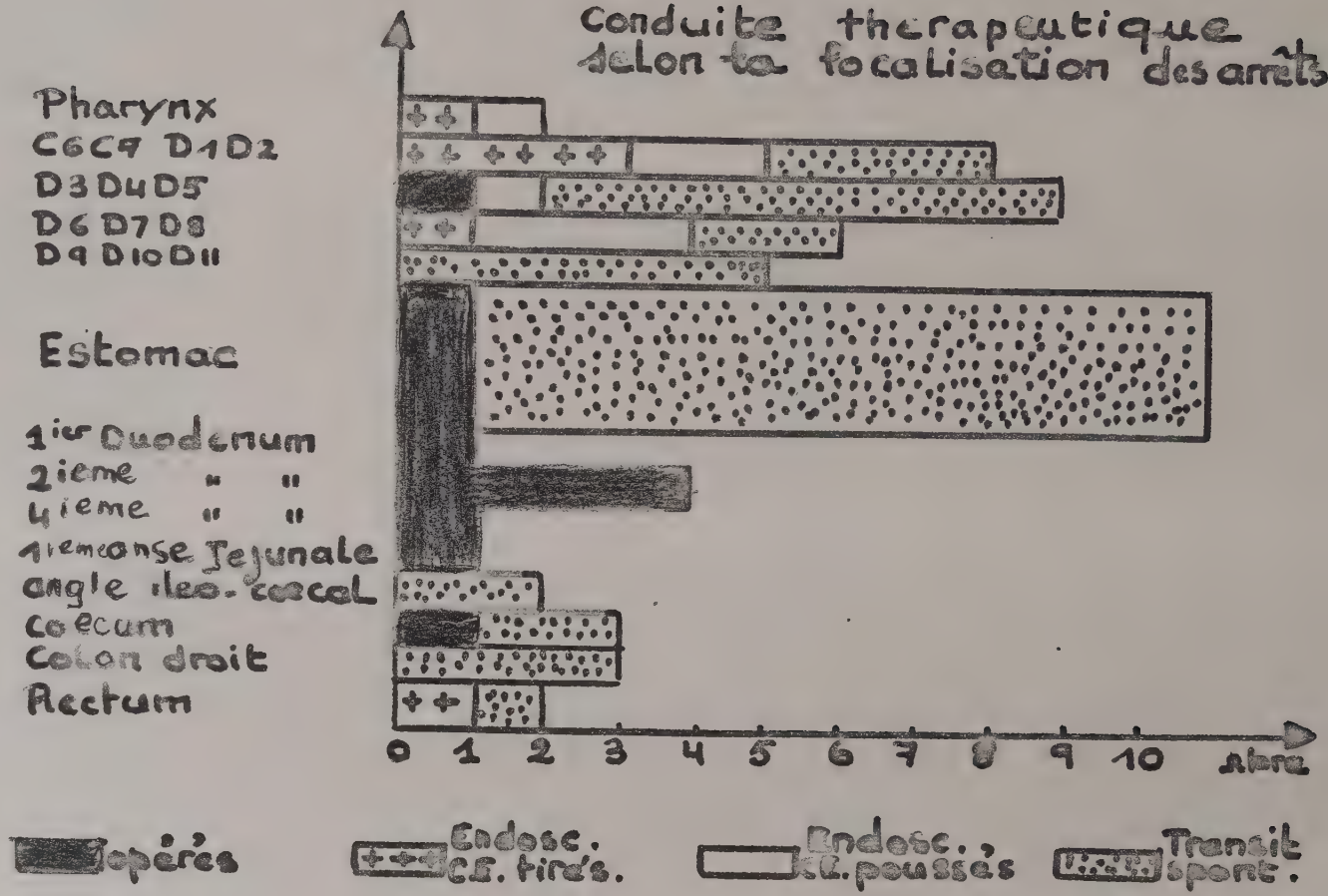
Endoscopies = 14

niveau	Corps etrangers poussés		Corps etrangers tirés	
Pharynx	1 e. nourrice ouverte	?	1 épingle à tête	1j
$C_6 C_7 D_1 D_2$	1 Roue	1j	1 os de lapin	1j
	1 e. nourrice ouverte	60j	1 pièce monnaie	3j
			1. e. nourrice ouverte	2j
$D_3 D_4 D_5$	1 e. nourrice ouverte	1j		
	1 epingle non vue >30j			
$D_6 D_7 D_8$	1 e. nourrice ouverte	1j	1 caillou	4j
	1 " "	1j		
	1 " "	1j		
Rectum			1 broche ouverte	?

opérés = 13

niveau	type de corps étranger	durée des arrêts	type d'intervention.
$D_3 D_4$	1 épingle	> 30 j	thoracotomie Gche (ded)
estomac	1 ep. nourrice ouverte	3 j	Gastrotomie
	1 " "	5 j.	" "
	1 épingle	8 j.	" "
	1 " "	5 j.	Extraction trans-pariétale
Duodenum 1ier	1 ép. nourrice ouverte	> 3 j	repoussé dans L'estomac + manœuvre de MARTIN et ANGLADE
Duodenum 2ième	1 ep. nourrice ouverte	4 j	repoussé dans L'estomac + Gastrotomie
	1 ep. cheveux	13 j	" "
	1 " "	7 j.	Duodenotomie
	1 " "	> 15 j	" "
Duodenum 4ième	1 clou 7cm	> 11 j	Duodenotomie
anse de jéjunum 1iere	1 crayon 5cm	11 mois	Entérotomie
Cæcum	1 clou 3cm	14 j	Appendicectomie


Conséquences thérapeutiques
selon les types de C.E.D.
caillou
Crayons
Noues
Os lapin
E.N. ouverts
Br. ouverts
E. cheveux
Clous
E. à fil
Picots
1
1
5
1
15
9
24
30
45
60
5
40
45
20
nbre
après
Endosc.
CE. tirés.
Endosc.,
CE. poussés
Transit
spontané.


Conduite thérapeutique
selon la focalisation des arrêts
Pharynx
C6C7 D1D2
D3D4D5
D6D7D8
D9D10D11
Estomac
1ier Duodenum
2ieme " "
4ieme " "
1ieme anse Jejunale
angle ileo-cecal
Coecum
Colon droit
Rectum
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mois
opérés
Endosc. C.I. tirés.
Endosc. C.I. poussés
Transit spont.

C O N C L U S I O N

CONCLUSION

Nous avons revu 375 dossiers d'enfants hospitalisés pour corps étrangers déglutis dans le service du Professeur CHIGOT à l'hôpital TROUSSEAU entre 1950 et 1971.

Il s'agit le plus souvent d'enfants de 1 à 4 ans.
Les corps étrangers en question sont hétéroclites et nour relevons comme étant les plus fréquents :

- les pièces de monnaie,
- les épingles à tête,
- les clous,
- les broches,
- les épingles à cheveux,
- les épingles à nourrice.

Les problèmes diagnostiques ne se posent qu'en cas de corps étrangers non opaques, heureusement très rares 1%. Le plus souvent l'absence de corps étranger visible est due à un mauvais centrage ou à un cliché bougé.
Il faut éliminer un corps étranger respiratoire en sachant qu'il peut devenir digestif ou être une complication d'un corps étranger dégluti.

Dans la majorité des cas, l'expulsion anale se produit 1 à 3 jours, sans manifestation anormale (289 cas sur 375), sous surveillance radio-clinique.

L'évolution avec arrêt de 24 heures au moins puis reprise du transit est fréquente 65 cas, parmi lesquelles des objets atraumatiques (pièces de monnaie) et d'autres agressifs telles les épingles à nourrice ouvertes.
Ces arrêts se font surtout au niveau de l'estomac, (40 fois) et de l'oesophage (17 fois).
Parmi les complications, nous n'avons observé ni détresse respiratoire, ni perforation aiguë, une occlusion et essentiellement des perforations chroniques avec tous les intermédiaires entre le simple enchatonnement dans une muqueuse oedématiée et la migration transpariétale.
Ces perforations s'accompagnaient de manifestations inflammatoires et rarement de signes en rapport avec le lieu de la perforation. Le diagnostic s'appuie sur la radiographie, c'est : "la fixation en un point donné avec une orientation donnée" lors des différents contrôles qui affirme la perforation.

En ce qui concerne la conduite thérapeutique

si le transit semble normal l'alimentation riche en cellulose associée aux antispasmodiques a permis l'évacuation dans 289 cas sur 375.

En cas d arrêt du transit du corps étranger le traitement médical est poursuivi

I Au niveau de l'oesophage : (30 cas)

Passé 24 heures, nous avons recours à l'endoscopie

- 17 corps étrangers sont descendus spontanément,
- 13 ont subi une oesophagoscopie, avec : 1 échec
  5 extractions
  7 corps étrangers poussés dans l'estomac

Une fois, il nous a fallu intervenir par thoracotomie après échec d'endoscopie. L'échec d'endoscopie est donc une exception dans notre hôpital, du fait de l'expérience et de la qualité des soins dans le service ORL.

II Dans l'étage sous-diaphragmatique

A les objets non agressifs ont toujours transité spontanément

Une fois parvenus dans l'estomac, ils peuvent être suivis en ambulatoire avec régime et antispasmodiques, la surveillance radiologique est espacée tous les 3 jours.

B Les objets agressifs

1) au niveau de l'estomac, sur 15 arrêts,
   - 11 ont migré sous traitement médical après un arrêt de 1 à 7 jours,
   - 4 ont été opérés avec comme critère non pas la durée du séjour gastrique mais l'absence de mobilité du corps étranger dans l'estomac sur des clichés en différentes positions. L'extraction fut faite par gastrotomie.

2) Dans le duodénum, un arrêt de 24 heures est une indication opératoire, passé ce délai nous n'avons pas vu de reprise du transit.
   L'extraction est pratiquée au mieux par gastrotomie (2 fois) et si le corps étranger n'est pas mobilisable par duodénotomie (3 fois)

3) au niveau du grêle et du colon, les arrêts sont plus souvent transitoires. L'expulsion spontanée a été obtenue 8 fois sur 11, après un arrêt de 1 à 6 jours.
   L'indication n'est posée qu'après un délai d'attente de une semaine sous traitement médical.

Deux cas particuliers, les objets longs et les épingles à nourrice ouvertes.

Les objets longs, dépassant 5 à 6 cm, sont les seuls pour lesquels nous proposons une exérèse systématique lors de leur passage gastrique.

Les épingles à nourrice ouvertes (16 cas), sont moins dangereuses que l'on peut le craindre :

- 4 interventions seulement, (25%)
- 11 ont été évacuées par l'anus,
  - . 8, soit 50% par simple traitement médical,
  - . 3 après oesophagoscopie.
- 1 seule a été extraite par oesophagoscopie car elle se présentait pointe en bas.

Nous sommes peu interventionistes. Une seule fois l'indication opératoire se présentait dans un tableau d'urgence, il s'agissait d'hématémèse pour perforation oesophagienne avec déchirure de la crosse de l'aorte. Dans tous les autres cas l'indication opératoire est posée en dehors de l'urgence pour une perforation chronique.

Nous faisons une grande confiance à l'oesophagoscopie qui 12 fois sur 13 nous a permis d'éviter la thoracotomie pour perforation d'oesophage dont le pronostic reste grave.

OBSERVATIONS

Obs. n° 1 : A.E. garçon de 2 ans
C.E. pièce de 1,00 F, transite en 2 jours
Trt : suppo glycérine

Obs. n° 2 : A.A. parçon de 3 ans
C.E. grosse vis, exp 2 jours,
diarrhée de 2ème jour.

Obs. n° 3 : A.J. fille de 9 ans
C.E. boîte de coco, exp 8 jours,
Stationnaire 6 jours dans l'estomac, mise au régime cellulosique, exp 2 jours après le début du régime.

Obs. n° 4 : A.A. garçon de 7 ans.
C.E. clou de 3 cm, exp 3 jours.

Obs. n° 5 : A.P. garçon de 6 ans,
C.E. épingle, exp 4 jours.
Trt. suppo glycérine.

Obs. n° 6 : A.M. fille 10 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 2 jours

Obs. n° 7 : A.B. garçon de 13 ans.
C.E. épingle.
Perforation gastrique chronique, abdomen souple, opéré au 8ème jour de stagnation dans l'estomac, lors de l'intervention liquide citrin dans le péritoine. Cictrice blanchâtre étoilée sur la face antérieure de l'antre. Gastrotomie, ext action. Suites simples.

Obs. n° 8 : A.M. garçon de 2 ans
C.E. chainette, exp 2 jours.
Trt suppo glycérine.

Obs. n° 9 : A.N. fille 7 ans.
C.E. épingle.
Perforation gastrique chronique pré-pylorique, opérée au 5ème jour. Extraction transpariétale sans gastrotomie.
Suites simples.

NDLA = abréviations utilisées : C.E. corps étranger
exp expulsion en ... jours
Trt traitement

Obs. n° 10 : A.B. garçon 1 an.
C.E. verre brisé, radio-transparent.
Trt suppo glycérine
Sortie en bon état, sans que l'on ait retrouvé les débris de verre dans les selles.

Obs. n° 11 : A.C. fille 10 ans
C.E. épingle, exp 5 jours.
Constipée pendant 4 jours.
Trt : régime cellulosique, huile de vaseline.

Obs. n° 12 : A.B. garçon 5 ans.
C.E. pièce de 20 c.
Sortie le lendemain. Non revu.

Obs. n° 13 : A.F. fille 13 ans
C.E. capuchon destylo bille
Rx de l'abdomen négative, mais atélectasie du poumon gauche.
Bronchoscopie : capuchon de stylo bille, se présentant par sa base, situé à 2 ou 3 cm au dessous de la bifurcation dans la bronche gauche. Extraction.

Obs. n° 14 : A.M. J. F 8 ans
C.E. punaise, exp 2 jours.

Obs. n° 15 : A.J. C. G 2 ans.
C.E. épingle, exp 3 jours.
Vomit du sang le jour de la déglutition et le lendemain alors que l'épingle stagne 2 jours dans l'estomac.

Obs. n° 16 : A.D. G 6 ans
C.E. clou cavalier, exp 2 jours.

Obs. n° 17 : A.J. G 5 ans
C.E. Pièce de 50 F.
Bloquée dans l'estomac depuis plusieurs jours, adressé par son médecin pour gastrotomie. Mis au régime : coton, poireaux, purée 12 heures plus tard la pièce franchit le pylors ; 36 heures plus tard elle est évacuée.

Obs. n° 18 : A.L. F 2 ans
C.E. épingle à nourrice fermée, exp 5 jours.

Obs. n° 19 : B.P. G 3 ans
C.E. 2 rondelles, exp 4 jours.

Obs. n° 20 : B.F. F 7 ans
C.E. montre, exp 1 jour.

Obs. n° 21 : B. D. G 7 ans
C.E. boîte de coco exp 3 jours.

Obs. n° 22 : B.D. G 6 ans
C.E. clou exp 1 jour.

Obs. n° 23 : B.J. G. 2 ans
C.E. ressort de pince à linge, exp 7 jours.
Reste bloqué dans l'estomac 5 jours.

Obs. n° 24 : B.P. G 15 mois
C.E. épingle à nourrice fermée.

Obs. n° 25 : B.P. G 3 ans
C.E. clou de 5 cm, exp 3 jours.

Obs. n° 26 : B.D. F 14 ans
C.E. tire nerf de dentiste, exp 4 jours.

Obs. n° 27 : B.S. F 6 mois.
C.E. Broche à bavoir, exp 3 jours.

Obs. n° 28 : B.A. F 6 mois.
C.E. broche à bavoir ouverte.
Date de déglutition inconnue, perforation rectale, ablation par rectoscopie.

Obs. n° 29 : B.D. G 3 ans
C.E. petit clou, exp 2 jours.

Obs. n° 30 : B.G. G 1 an.
C.E. tête d'épingle de nourrice, exp 2 jours.

Obs. n° 31 : B.M. G 11 ans.
C.E. couvercle de boîte de coco, exp 5 jours.

Obs. n° 32 : B.C. F 17 mois.
C.E. épingle, exp 7 jours.

Obs. n° 33 : B.P. G 2 ans.
C.E. boulon, exp 2 jours.

Obs. n° 34 : B.H. G 8 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 2 jours.

Obs. n° 35 : B.J.C. G 3 ans.
C.E. clou, exp 3 jours.

Obs. n° 36 : B.K.F. G 4 ans.
C.E. clou, exp 2 jours.

Obs. n° 37 : B.H. F 17 mois.
C.E. épingle à nourrice ouverte.
Arrêt au 1/3 moyen de l'oesophage s'accompagnant d'une dysphagie totale. Oesophagoscopie le même jour, la pointe de l'épingle est en haut, elle est repoussée dans l'estomac.
Perforation chronique au niveau du 2ème duodénum où elle reste piquée pendant 4 jours pointe en bas. Extraction par une languette après antrotomie. Suites simples.

Obs. n° 38 : B.J.F. G 3 ans.
C.E. barette, exp 5 jours.

Obs. n° 39 : B.D. G 5 ans.
C.E. bille, exp 2 jours.

Obs. n° 40 : B.M. G 8 ans.
C.E. clou, exp 2 jours.

Obs. n° 41 : B.M. G 7 ans.
C.E. petit clou, exp 3 jours.

Obs. n° 42 : B.B. G 9 ans
C.E. pièce métallique, exp 1 jour.

Obs. n° 43 : B.S. G 1 an 1/2.
C.E. vis de 2 cm 1/2, exp 3 jours.
Trt : régime cellulosique.

Obs. n° 44 : B.C. F 5 ans
C.E. Broche à bavoir ouverte, exp 2 jours.

Obs. n° 45 : B.C. F 1 an.
C.E. clou, exp 2 jours.

Obs. n° 46 : B.G. F 8 ans.
C.E. roue dentée de réveil, exp 3 jours.

Obs. n° 47 : B.D. G 4 ans.
C.E. pointe, exp 4 jours.

Obs. n° 48 : B.F. F 8 ans.
C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 4 jours.
Trt : régime cellulosique.

Obs. n° 49 : B.L. F 2 ans.
C.E. pièce de monnaie, exp 7 jours.
Stagne dans l'estomac pendant 4 jours.
Trt : régime cellulosique.

Obs. n° 50 : B.A. G 6 mois.
C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 2 jours.

Obs. n° 51 : B.J. G 10 ans.
C.E. boîte de coco, exp 2 jours.

Obs. n° 52 : B.J. B. G 4 ans
C.E. clou, exp 7 jours.
Reste 4 jours à la jonction iléo-coecale. Lavement baryté le 4ème jour, évacuation le lendemain.

Obs. n° 53 : B.M. G 10 mois.
C.E. piton, exp 4 jours.

Obs. n° 54 : B.J.F. G 6 ans.
C.E. boîte de coco, exp 7 j.
Stagne dans l'estomac pendant 4 jours.

Obs. n° 55 : B.L. G 4 ans.
C.E. fil métallique, exp 4 j.

Obs. n° 56 : B.C. G 4 ans
C.E. fil métallique, exp 2 j.

Obs. n° 57 : B. J.P. G 2 ans
C.E. bouton, exp 2 j.

Obs. n° 58 : B.C. F 20 mois.
C.E. objet métallique, exp 1 J.

Obs. n° 59 : B.B. G 1 mois.
C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 4 jours.
Le jour de la déglutition vomissements avec filets de sang, radiologiquement l'épingle est dans l'oesophage, pointe en haut, à la partie moyenne. 24 heures plus tard : oesophagoscopie, extraction impossible, l'épingle est poussée dans l'estomac.
Pendant 3 jours, elle ne peut franchir le pylore.
Le 4ème jour, elle est expulsée.
Trt : antibiotiques.

Obs. n° 60 : B.C. G 2 ans 1/2.
C.E. épingle à nourrice ouverte.
Chez un débile, ce sont des troubles de la déglutition qui font découvrir le C.E. dans l'hypo-pharynx.
Il est alors adressé dans le service 15 jours plus tard et l'on pratique une endoscopie, l'épingle est rouillée, les tissus infiltrés, la pointe en haut n'est pas visible et l'épingle est poussée dans l'estomac.
Perforation chronique antro-pylorique, l'enfant est opéré 5 jours plus tard, l'extraction faite par gastrotomie.
Suites faciles.

Obs. n° 61 : B.M. G. 4 ans.
C.E. épingle à cheveux, exp 2 j.

Obs. n° 62 : B.A. G 3 ans.
C.E. clou, exp 3 jours.

Obs. n° 63 : B.C. F 2 mois.
C.E. punaise, exp. 3 j.
Trt suppo glycérine.

Obs. n° 64 : B.M. F 5 ans.
C.E. oeil de verre, exp 2 j.

Obs. n° 65 : B.G. G 10 ans
C.E. boite de coco
Trt : asperges, poireaux.

Obs. n° 66 : B.G. G. 4 ans
C.E. Piton, exp. 3 jours.

Obs. n° 67 : B.F. F 1 an.
Bille de bois,
Episode de cyanose lors de la déglutition, tentative d'extraction de la bille par la mère : échec, mais la cyanose cesse.
C.E. radio transparent. Le 6ème jour, nouvel épisode de vomissements avec diarrhées, qui cessent sans traitement ; le 12 ème jour lavement baryté qui reste négatif.
Le C.E. n'a jamais été retrouvé dans les selles.

Obs. n° 68 : B. J.Y. G 13 ans.
C.E. clou, exp. 3 j.

Obs. n° 69 : B.E. F. 8 mois
C.E. broche, exp 3 j.
Trt suppo glycérine.

Obs. n° 70 : B. J.P. G. 10 ans
C.E. osselets. exp 1 j.

Obs. n° 71 : B.J. G 3 mois
C.E. broche à bavoir, exp 1 j.

Obs. n° 72 : B.P. G 3 ans.
C.E. pièce de monnaie,
Sortie sur sa demande.

Obs. n° 73 : B. J.C. G. 10 ans.
C.E. Punaise, exp. 3 j.

Obs. n° 74 : B.I. F 4 ans.
C.E. épingle à cheveux.
Adressée dans le service pour fièvre depuis 1 semaine, avec douleurs abdominales, vomissements, constipation et douleurs à droite à T.R., avec le diagnostic d'appendicite, dans le service T° à 40°, N.F. 10 600 et un examen qui oriente vers une adéno-lymphite.
Le lendemain, découverte fortuite à l'occasion d'une Ex pulmonaire d'une épingle à cheveux siégeant dans le duodénum.
Au 4ème jour, fièvre à 41°, hémoculture positive à colibacilles, l'enfant est mis sous antibiotiques et apyrétique le 5ème jour.
10 jours après son entrée, elle est opérée avec le diagnostic de perforation chronique dans D2. L'épingle n'est pas mobilisable, et l'extraction est faite par duodénotomie sur la face antérieure de D2.
Suites faciles, sort 1 mois après son entrée.

Obs. n° 75 : C.F. F 8 ans.
C.E. Capsule métallique.

Obs. n° 76 : C.E. G 8 ans
C.E. pièce de 1,00 F, exp 3 j.
Arrêt momentané de la pièce à la partie moyenne de l'oesophage, avec reprise du transit en moins de 24 heures.

Obs. n° 77 : C.M. F 10 ans.
C.E. Bouton, exp. 5 j.

Obs. n° 78 : C.G. G 11 ans.
C.E. Fil métallique de prothèse dentaire, exp 6 j.
Reste 4 jours dans le colon droit, sans bouger.
Trt suppo glycérine.

Obs. n° 79 : C.D. G 3 ans.
C.E. épingle à cheveux, exp 6 j.
Stagne 5 jours dans l'estomac et effectue le reste du transit en 1 journée.

Obs. n° 80 : C.R. F 8 ans.
C.E. Corps métallique, exp 2 j.

Obs. n° 81 : C.P. G 4ans
C.E. épingle à nourrice fermée, exp. 1 j.
Trt. régime cellulosique.

Obs. n° 82 : C.J. G 3 ans
C.E. épingle, exp. 2 j.

Obs. n° 83 : C.E. F 15 pois.
C.E. épingle de sureté fermée, exp 2 j.

Obs. n° 84 : C.J. G 12 ans
C.E. bille métallique, exp 8 jours.
Constipation pendant 3 j, transit long mais régulier du C.E.

Obs. n° 85 : C.P. F 2 ans.
C.E. vis, exp 2 j.

Obs. n° 86 : C.M. F 4 ans
C.E. soldat de plomb, exp 3 j.
Petites douleurs abdominales le 2ème j.

Obs. n° 87 : C.J. F 6 ans
C.E. épingle, exp 3 j.

Obs. n° 88 : C.E. a g 2 ans.
C.E. Aimant, exp 1 j.

Obs. n° 89 : C.A. G 5 ans
C.E. roue de locomotive, exp 8 j.
Stagne 6 j dans l'estomac.

Obs. n° 90 : C.P. G 5 ans.
C.E. pièce de 1,00 F, exp 8 j.
Reste dans l'estomac 7 j, effectue le restant du trajet dans la journée.

Obs. n° 91 : C.M. F 2 ans.
C.E. vis, exp 2 j.

Obs. n° 92 : C.R. G 6 ans.

C.E. boîte de coco,

5 j. dans l'estomac.

Obs. n° 93 : C.M. G 14 ans.

C.E. épingle.

Il s'agit d'un encéphalopathe ayant présenté il y a 1 mois une hématémèse grave, le T.G.D. et le radio-cinéma pratiqués alors sont normaux.

Il a rejeté il ya 8 jours une épingle surement en place avant le transit baryté car de la baryte y était incrustée.

Une oesophagoscopie montre alors des lésions discrètes du bas oesophage.

Une nouvelle hémorragie digestive, cataclysmique survient 8 jours après le rejet de l'épingle.

3 diagnostics sont envisagés, 1° une lésion oesophagienne haute en rapport avec le C.E. car il existe une médiastinite localisée.

2° soit une lésion gastro-duodénale par argument de fréquence.

3° soit une lésion oesophagienne basse étant donné le résultat de l'endoscopie.

Pour établir le niveau du saignement on met en place une sonde de Black Morre et une deuxième sonde au-dessus du ballonnet oesophagien. L'hémorragie se poursuivant par cette dernière sonde, le diagnostic de lésion haute de l'oesophage est vraisemblable.

Malgré les transfusions massives, l'état de l'enfant s'aggrave : arrêt cardiaque.

Echec du massage à thorax fermé, thoracotomie gauche dans le 5ème espace, après clampage de l'aorte et de fibrillation cardiaque, le massage fait repartir le coeur qui bat normalement.

Le sommet du poumon gauche colle au médiastin et l'on découvre avec surprise une petite tumeur bleuté de la taille d'une cerise, 1 cm $\frac{1}{2}$ au-dessus de la crosse aortique.

Ouverture du médiastin, découverte d'une plaie oesophagienne.

Ouverture du pseudo-anévrisme qui fait découvrir la plaie de la sous-clavière gauche. Un lac de part et d'autre du faux anévrisme permet de contrôler l'hémorragie. L'artère est ulcérée et ouverte sur plus d'$\frac{1}{2}$ cm. Ligature de l'artère.

Au cours de ces manoeuvres nouvelle fibrillation cardiaque. Tout traitement s'avère alors inefficace.

L'autopsie a montré qu'il existait 2 trous dans la face antérieure de l'oesophage, séparés par 3 cm et de 5 mm de diamètre environ. Leur siège est au niveau de la crosse aortique et 3 cm au dessus. Ces trous conduisent dans une cavité dans laquelle débouche l'artère carotide primitive gauche et non la sous clavière comme on le pensait en per opératoire. D'autre part il existe une rupture de la crosse aortique entre la carotide primitive et la sous-clavière gauche de 2 cm de long avec un thrombus adhérent et ancien.

Obs. n° 94 : C.P. G 4 ans.
C.E. piton, exp 3 j.

Obs. n° 95 : C.P. G 6 ans.
C. E. épingle, exp 1 j.

Obs. n° 96 : C.C. G 4 mois.
C.E. broche ouverte, exp 1 j.

Obs. n° 97 : C.G. G 4 mois.
C.E. broche fermée, exp 1 j.
Vomissement immédiatement après la déglutition, puis aucune anomalie.

Obs. n° 98 : C.P. G 6 mois.
C.E. épingle à nourrice ouverte.
L'enfant est vu pour la première fois par son médecin traitant, à l'occasion d'un épisode fébrile qui reste non expliqué.
Quelques jours plus tard apparaît un signe de Claude Bernard Horner gauche. La scopie permet de découvrir une épingle perforant l'oesophage supérieur, la pointe étant dirigée à gauche et en haut au niveau de D1.
L'interrogatoire de la mère fait retrouver un épisode de 48 heures, un mois plus tôt, pendant lequel l'enfant a refusé toute alimentation.
Il est alors transféré dans le service où l'on pratique une oesophagoscopie qui permet de repousser l'épingle à nourrice dans l'estomac.
L'indication opératoire est portée 4 j. plus tard pour perforation chronique antro-pylorique.
10 j. après l'intervention, épisode fébrile à 38° avec vomissements, douleurs à la mobilisation du rachis cervical et radiologiquement une trachée décalée à droite. N.F. 21 000 blancs. Le traitement antibiotique va permettre de venir à bout rapidement

(10 j.) de cette médiastinite.

L'enfant quitte le service 1 mois après son arrivée. Le Claude Bernard Horner ne s'est pas modifié.

Nous n'avons jamais pu savoir s'il avait disparu.

Obs. n° 99 : C.P. G 15 mois.
C.E. punaise, exp 1 j.

Obs. n° 100 : C. J.M. G 8 ans.
C.E. pièce de 50 F, exp 1 j.

Obs. n° 101 : C.P. G 6 mois.
C.E. broche ouverte, exp 2 j.

Obs. n° 102 : C.P. G 1 an 1/2.
C.E. bris de verre radio transparents, exp 2 j.
Trt : régime cellulosique.

Obs. n° 103 : C.C. F 14 ans.
C.E. épingle,
il n'existait aucune symptomatologie d'appel, les Rx d'abdomen et du thorax étant normales, s'est la Rx cervicale qui a fait la preuve de la localisation pharyngée, exérèse par endoscopie.

Obs. n° 104 : C.L. F 5 ans.
C.E. épingle, exp 3 j.
Trt : régime cellulosique.
L'épingle n'était pas visible sur les clichés d'abdomen de face et c'est le profil qui a permis d'en faire la preuve.

Obs. n° 105 : C.L. G 9 mois.
C.E. épingle à nourrice ouverte.
Une première radiographie faite le jour même, localise l'épingle dans l'estomac. Le lendemain, les Rx d'abdomen sont négatives et l'on ne retrouve pas l'épingle dans les selles, le surlendemain un nouveau cliché d'abdomen permet d'apercevoir l'extrémité inférieure de l'épingle bloquée dans l'oesophage supérieur au niveau de la jonction cervico-dorsale, pointe en bas.
L'oesophagoscopie permet l'extraction.

Obs. n° 106 : C.F. G 3 ans
C.E. Petit cube bleu, radio transparent.
5 j plus tard, toux, radio pulmonaire normale, passage en O.R.L. où les endoscopie pratiquées sont normales.

Obs. n° 107 : C.C. F 2 ans..
C.E. pièce de monnaie, exp 6 j.
Le corps étranger s'est arrêté une 1ère fois dans l'oesophage supérieur et a repris son transit en moins de 24 heures. Un nouvel arrêt dans l'estomas pendant 3 j.

Obs. n° 108 : C.M. F 7 ans.
C.E. épingle, exp 2 j.

Obs. n° 109 : D.C. G 15 mois.
C.E. épingle, exp 3 j.

Obs. n° 110 : D.P. G 8 ans
C.E. bille de verre, exp 9 j.

Obs. n° 111 : D.G. F 7 ans
C.E. épingle, exp 1 j.

Obs. n° 112 : D.E. F 14 ans
C.E. épingle, exp 3 j.

Obs. n° 113 : D.P. G 7 ans.
C.E. clou dont il se servait pour manger des escargots, exp 2 j.

Obs. n° 114 : D. J.J. G 18 mois.
C.E. pièce de 10 F, exp 1 j.

Obs. n° 115 : D.C. G 9 ans.
C.E. épingle exp 2 j.
Trt : coton à la confiture.

Obs. n° 116 : D.D. G 13 ans.
C.E. clou, exp 2 j.

Obs. n° 117 : D.N. F 9 ans.
C.E. capuchon de stylo bille radio transparent, exp 1 j.

Obs. n° 118 : D.M. G 6 ans.
C.E. pièce métallique, exp 2 j.

Obs. n° 119 : D.M. F 5 ans.
C.E. vis de mécano, exp 4 j.
Douleurs de la F.I.D. et fièvre à 37°5 la veille de l'expulsion.

Obs. n° 120 : D. J.P. G 8 ans.
C.E. petit clou, exp 4 j.

Obs. n° 121 : D.D. F 3 ans
C.E. Cl.ou cavalier, exp 2 j/
Trt suppo glycérine.

Obs. n° 122 : D.I. F 6 ans
C.E. Sifflet en plastic exp 1 j.
Ce corps étranger en plastic est radio transparent.

Obs. n° 123 : D.M. G 2 ans
C.E. Verre, exp 2 j.
Ces bris de verre opaques au Rx X étaient bien visibles dans l'estomac.

Obs. n° 124 : D.V. F 2 ans
C.E. broche fermée, exp 1 j.

Obs.n° 125 : D.M. F 5 ans.
C.E. Punaise, exp 3 j.

Obs. n° 126 : D. J.M. F 12 ans
C.E. épingle, exp 2 j.

Obs. n° 127 : D.S.A. G 11 ans.
C.E. 2 pièces de 20 F. exp 4 j.

Obs. n° 128 : D.A. F 17 mois.
C.E. épingle à cheveux, exp 5 j.

Obs. n° 129 : D.A. G 5 ans
C.E. bouton, exp 2 j.

Obs. n° 130 : D.R. G 4 ans
C.E. aiguille, exp 3 j.

Obs. n° 131 : D.A. G 4 ans
C.E. Bille d'acier, exp ? j.

Obs. n° 132 : D.M. F 12 ans
C.E. plume à écrire.
Au cours de l'hospitalisation fait la rougeole et est passée en Médecine.

Obs. n° 133 : D.B. F 3 ans
C.E. petit clou, exp 2 j.

Obs. n° 134 : D.M.A. F 14 ans
C.E. épingle, exp 3 j.

Obs. n° 135 : D.C. F 5 ans

Adressée par son médecin pour douleurs abdominales de la F.I.D. avec fièvre à 37°6, 6000 globules blancs, 60% de polynécléaires ventre souple. La Rx de l'abdomen fait découvrir une opacité métallique dans le caecum.

Obs. n° 136 : D.G. F 12 ans

C.E. boîte de coco, exp 7 j.

Stagne dans l'estomac.

Obs. n° 137 : D.P. G 7 ans

C.E. roue de voiture exp 6 j.

Arrêt du transit 3 j. dans l'estomac.

Obs. n° 138 : D.B. F 3 ans

C.E. agrafes, exp 3 j.

Obs. n° 139 : E.P. F 1 an

C.E. épingle à cheveux et remontoire de montre, exp 2 et 3 j.

Obs. n° 140 : F.C. F 1 an

C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 2 j.

Obs. n° 141 : F.J. F 7 ans

C.E. pièce de monnaie, exp 2 j.

Obs. n° 142 : F.M.L. F 13 ans

C.E. Epingle, exp 9 j.

Le lendemain de la déglutition, se plaint de douleurs des 2 F.I. avec T à 37°, les Rx régulières ne montrent pas d'arrêt du transit.

Obs. n° 143 : F.F. G 12 ans

C.E. épingle, exp 5 j.

Obs. n° 144 : F.D. G 15 mois

C.E. Epingle à nourrice fermée, exp 2 j.

Obs. n° 145 : F.H. G 3 ans

C.E. vis, exp ? j.

Obs. n° 146 : F.S. G 8 ans

C.E. boîte de coco, exp 6 j.

Arrêt dans l'estomac pendant 5 j, le reste du transit dans la journée.

Obs. n° 147 : F.D. G 7 mois
C.E. Broche fermée, exp 2 j.

Obs. n° 148 : F.S. G 10 ans
C.E. crayon.
Ce corps étranger déglutis en décembre 69, s'arrête au niveau de la 1ère anse jéjunale où il est bien visible radiologiquement. En Juin 70, il est toujours à la même place, dans la même position, sans aucun symptomatologie.
Intervention pratiquée le 2 Juin 70, extraction par entérotomie au niveau de la 1ère anse jéjunale.
Suites simples.

Obs. n° 149 : F. J.P. G 3 ans
C.E. Chaîne, exp 2 j.

Obs. n° 150 : F.P. G 7 ans
C.E. médaille exp 1 j.
Ce C.E. est resté bloqué à la partie moyenne de l'oesophage moins de 24 h, et a repris spontanément son transit.

Obs. n° 151 : F.G. G 14 mois.
C.E. ampoule de lampe de poche, exp 1 j.

Obs. n° 152 : F.A.M. F 8 mois
C.E. broche fermée, exp 1 j.

Obs. n° 153 : F.N. F 9 ans
C.E. bouton métallique, exp 2 j.

Obs. n° 154 : F.F. G 1 an
C.E. barrette, exp 9 j.
Arrêt d'une semaine dans l'estomac.

Obs. n° 155 : F. J/L G 10 ans
C.E. Boîte de coco, exp 6 j.
Arrêt au niveau du rectum pendant 3 j. L'expulsion se fait à l'occasion d'un lavement huileux.

Obs. n° 156 : F.J. G 6 ans
C.E. sifflet en bois, radio transparent, exp 3 j.

Obs. n° 157 : F.M. G 6 ans
C.E. ressort à boudin, exp 4 j.

Lors de l'arrivée de cet enfant la radiographie fait évoquer le siège trachéal du C.E.asymptomatique. La survenue d'une dyspnée violente avec de la toux confirme le siège respiratoire du C.E.

Immédiatement après l'accès de toux une nouvelle radiographie retrouve le C.E. dans l'estomac.

Il s'agit donc d'un C.E. d'abord respiratoire puis digestif.

Obs. n° 158 : G.D. G 4 ans

C.E. Pièce de monnaie, exp 8 j.

Arrêt de 5 j dans l'estomac.

Obs. n° 159 : G.M. G 8 mois

C.E. épingle à nourrice ouverte.

Le 21.9.58, selles sanglantes.

Le lendemain méléna persistant, l'enfant pleure et refuse toute nourriture.

Il est adressé dans le service, une radiographie localise l'épingle dans D1.

Le 23.9, localisation et position inchangées ; indication opératoire.

La pointe est visible à travers la paroi, le chirurgien parvient à repousser l'épingle dans l'estomac et l'extraction est faite selon la méthode MARTIN et ANGLADE.

Le lendemain de l'intervention survenue d'un vomissement sanglant unique. Le reste des suites est normal.

Obs. n° 160 : G.J. F 3 ans

C.E. Pièce de monnaie, exp 2 j.

Obs. n° 161 : G.E. F 1 an $\frac{1}{2}$

C.E. Vis, exp 2 j.

Obs. n° 162 : G.M. G 3 ans

C.E. Perle, exp 2 j.

Obs. n° 163 : G. M.J. F 5 mois

C.E. broche à bavoir fermée, exp 1 j.

Obs. n° 164 : G.P. G 7 ans

C.E. épingle, exp 3 j.

Obs. n° 165 : G.P. G 12 ans

C.E. Aiguille de phono, exp 3 j.

Obs. n° 166 : G.S. F 3 ans
C.E. Bouton électrique, exp 2 j.

Obs. n° 167 : G.E. G 11 mois
C.E. épingle de sureté ouverte, exp 3 j.

Obs. n° 168 : G.E. G 5 ans
C.E. agrafe de rideau, exp 2 j.

Obs. n° 169 : G.M. G 4 ans
C.E. Clef de boîte à musique, exp 2 j.

Obs. n° 170 : G.G. F 4 ans
C.E. pince à linge, exp 3 j.

Obs. n° 171 : H.C. G 3 ans
Clef de serrure, exp 2 j.

Obs. n° 172 : H.M. F
C.E. Crochet, exp 3 j.

Obs. n° 173 : C.D. G 5 ans
C.E. clou, exp 5 j.

Obs. n° 174 : H.N. F 1 an
C.E. punaise, exp 3 j.

Obs. n° 175 : H.G. G 4 ans
C.E. Chaîne, exp 3 j.

Obs. n° 176 : H. J.M. G 12 ans
C.E. boîte de coco, exp 2 j.

Obs. n° 177 : H.J.P. G 9 ans
C.E. Pièce de 20 F., exp 3 j.

Obs. n° 178 : H.M. F 1 an
Epingle à nourrice ouverte, exp 1 j.
Arrêt à la partie moyenne de l'oesophage pointe en haut. Oesophagoscopie le jour même repoussant l'épingle dans l'estomac.

Obs. n° 179 : H.C. F 6 ans
C.E. épingle, exp 6 j. sans arrêt.
Trt Régime cellulosique.

Obs. n° 180 : H.J. F 5 mois
C.E. Broche ouverte, exp 1 j.

Obs. n° 181 : I.D. F 9 mois
C.E. broche fermée, exp 2 j.

Obs. n° 182 : J.Y. G 7 ans
C.F. pièce de 1 F, exp 2 j.

Obs. n° 183 : J.E. F 10 ans
C.E. épingle, exp 1 j.

Obs. n° 184 : J. J.F. G 8 ans
C.E. Pointe de compas, exp 3 j.

Obs. n° 185 : J. M.C. F 1 an
C.E. épingle, exp 10 j.
Arrêt au niveau de l'angle droit, pendant 6 jours puis reprise spontanée du transit.

Obs. n° 186 : J.M.F. F 2 ans
C.E. alliance, exp moins de 24 h.

Obs. n° 187 : J.L. F 3 ans
C.E. pièce de 1 F, exp 1 j.

Obs. n° 188 : L.J. G 5 ans
C.E. épingle exp 4 j.

Obs. n° 189 : L.D. F 6 ans
C.E. boîte de coco
Reste dans l'estomac pendant 2 j et est rejetée au cours d'efforts de vomissements à la fin du 2ème j.

Obs. n° 190 : L.F. F 5 ans
C.E. Sifflet, exp 2 j.

Obs. n° 191 : L.G. G 9 ans
C.E. Clef, exp 3 j.

Obs. n° 192 : F.A.M. F 2 ans
C.E. Punaise, exp 3 j.

Obs. n° 193 : L.E. F 6 mois
C.E. broche formée, exp 1 j.

Obs. n° 194 : L.A. G 2 ans
C.E. barrette, exp 4 j.

Obs. N° 195 : L.V. F 3 ans
C.E. épingle à cheveux.
Le C.E. était dégluti le 17 Mai et sa progression suivie radiologiquement.
Le 21 Mai, sort du service à la demande de ses parents.

Sur la dernière radio, l'interprétation localise le C.E. dans le colon droit.

Le 25 Mai, ramenée dans le service par ses parents car sont survenus vomissements et diarrhées. Une nouvelle radiographie est pratiquée et le corps étranger localisé dans D2.

Il y a donc eu erreur de localisation lors de l'interprétation radiologique, une première fois on a parlé de grêle alors qu'il s'agissait d'estomac et une 2ème fois fois de colon droit alors qu'il s'agissait de D2.

L'enfant est mis au régime cellulosique mais 9 j. plus tard la localisation et la position sont inchangées, l'indication opératoire est posée.

Le 4 juin, l'épingle est mobilisable, elle est remontée dans l'estomac où elle est extraite par gastrotomie.

Suites simples.

En tout l'épingle à cheveux est restée bloquée dans D2 pendant 18 j.

Obs. n° 196 : L.J. G 6 ans
C.E. épingle, exp 4 j.

Obs. n° 197 : L.J. G 11 ans
C.E. clef d'auto mécanique, exp 2 j.

Obs. n° 198 : L.B. G 7 ans
C.E. soldat de plomb, exp 3 j.
Trt : régime cellulosique.

Obs. n° 199 : L.E. F 3 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 5 j.

Obs. n° 200 : L.J.F. G 5 ans
C.E. punaise, exp 1 j.

Obs. n° 201 : L.R. G 8 ans
C.E. épingle, exp 4 j.

Obs. n° 202 : L.P. G 6 ans
C.E. pièce de 100 F, exp 3 j.

Obs. n° 203 : L. J.M. G 2 ans
C.E. clef de jouet, exp 4 jours.

Obs. n° 204 : L.L. F 4 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 4 j.

Obs. n° 205 : L.H. F 11 ans
C.E. punaise, exp 7 j.
Stagne dans le caecum pendant 4 j.
Trt suppo glycérine.

Obs. n° 206 : L.S. G 4 ans.
C.E. punaise, exp 1 j.

Obs. n° 207 : L.A. F 2 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 2 j.

Obs. n° 208 : L.J. G 7 ans
C.E. boîte de coco, exp 3 j.

Obs. n° 209 : L.C. F 2 ans.
C.E. punaise, exp 2 j.

Obs. n° 210 : L.J. F 6 ans.
C.E. épingle à cheveux, exp 3 j.

Obs. n° 211 : L.V. F 4 ans.
C.E. épingle, exp 4 j.

Obs. n° 212 : L.P. G 1 an.
Adressé dans le service par son médecin car depuis 3 jours, il vomit tout ce qu'il avale. Les clichés sans préparation de tout l'arbre digestif sont normaux et c'est le transit baryté oesophagien qui localise un C.E. dans l'oesophage au niveau de D6. L'enfant est adressé en oto-rhino où l'oesophagoscopie permet l'extraction d'un caillou.

Obs. n° 213 : L.J.C. G 6 ans.
C.E. pointe de compas, exp 2 j.

Obs. n° 214 : L.M. F 1 an.
C.E. punaise, exp 1 j.
Trt : suppo glycérine.

Obs. n° 215 : L.C. F 1 an.
C.E. boucle d'oreille, exp 2 j.

Obs. n° 216 : L.M. F 4 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 2 j.
Trt : régime cellulosique.

Obs. n° 217 : L.A. F 11 ans.
C.E. punaise, exp 2 j.

Obs. n° 218 : L.G. G 9 ans.
C.E. punaise, exp 1 j.

Obs. n° 219 : L.P. G 5 mois.
C.E. punaise, exp 1 j.

Obs. n° 220 : L.V. F 7 ans.
C.E. épingle à cheveux, exp 4 j.
Arrêtée dans l'estomac 2 j.

Obs. n° 221 : L.C. G 6 ans.
C.E. bille de verre, exp 5 j.

Obs. n° 222 : L.S. F 1 an.
C.E. médaille, exp 2 j.

Obs. n° 223 : L.A. F 6 ans.
Boucle de ceinture, exp 1 j.

Obs. n° 224 : M.P. G 2 ans.
C.E. alliance, exp 6 j.
Arrêt du transit 4 j dans l'estomac.

Obs. n° 225 : M.D. G 11 ans.
C.E. boucle métallique, exp 4 j.

Obs. n° 226 : M.B. F 8 ans.
C.E. pièce de 1 F, exp 4 j.
Arrêt de moins de 24 heures dans l'oesophage au niveau de la charnière cervico-dorsale, avec reprise spontanée du transit.

Obs. n° 227 : M.A. F 10 ans.
C.E. épingle à cheveux, exp 2 j.

Obs. n° 228 : M. M.C. F 5 ans.
C.E. pièce de monnaie, exp 1 j.
Arrêt de moins de 24 heures dans l'oesophage au niveau de 10 avec reprise spontanée du transit.

Obs. n° 229 : M.B. G 8 ans.
C.E. bille métallique, exp 2 j.

Obs. n° 230 : M.M. F 3 mois.
C.E. broche fermée, exp 1 j.

Obs. n° 231 : M. J.P. G 10 ans.
C.E. pièce de monnaie.
Le C.E. s'arrête une 1ère fois dans l'oesophage au niveau de D5

et reprend son transit en moins de 24 heures. Sur les clichés suivants l'interprétation indique une localisation colique, au 6ème jour et l'enfant quitte le service. En fait, il s'agit à l'évidence d'une localisation gastrique d'une pièce de monnaie qui n'a pu franchir le pylore avec un estomac dilaté.

Obs. n° 232 : M.P. F 6 ans.
C.E. clou, exp 3 j.
Trt : suppo glycérine.

Obs. n° 233 : M. J.P. G
C.E. épingle à cheveux, exp 9 j.
Reste 6 j dans l'estomac.
Trt : régime cellulosique.

Obs. n° 234 : M.J. F 17 ans
C.E. épingle.
Il s'agissait d'une psychopathe.

Obs. n° 235 : M.D. G 17 mois.
C.E. clef de jouet métallique, exp 4 j.

Obs. n° 236 : M.V. F 8 ans.
C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 4 j.
Arrêt d'un j dans le bas de l'oesophage, au niveau de D10 - D11 pointe en haut, puis reprise du transit.
Trt : suppo glycérine et atropine 1/8ème de mg.

Obs. n° 237 : M. J.C. G 4 mois.
C.E. broche, exp 2 j.

Obs. n° 238 : M.C. F 6 mois.
C.E. pièce de monnaie, exp 1 j.

Obs. n° 239 : M.D. F 10 ans.
C.E. perle, exp 2 j.

Obs. n° 240 : M.S. F 2 ans.
C.E. pièce de monnaie.
Arrêt oesophagien au niveau de D2 - D3, oesophagoscopie le jour même.

Obs. n° 241 : M.D. G 5 ans.
C.E. pièce de 1 F.
Reste bloquée dans l'oesophage 3 j au niveau de D1 et est extrait par oesophagoscopie le 3ème j.

Obs. n° 242 : M.M F 14 ans
C.E. 2 pièces de 10 F.
L'une s'arrête dans l'oesophage au niveau de D4, mais reprend spontanément son transit.

Obs. n° 243 : M.V F 2 ans
C.E. bague, exp. 2 j.

Obs. n° 244 : M.K. G 1 ans
C.E. punaise, exp 2 j.

Obs. n° 245 : M.C. G 8 mois
C.E. agrafe, exp 1 j.

Obs. n° 246 : M.B. G 4 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 4 j.

Obs. N° 247 : M.E. F 1 an
C.E. broche fermnée, exp 2 j.

Obs. n° 248 : M.C. F 8 mois
C.E. broche ouverte, exp 2 j.
Trt régime cellulosique

Obs. n° 249 : M.M. G 5 ans
C.E. clou de tapissier, exp 2 j.
Rectorragies la veille de l'expulsion

Obs. 250 : M.G. G 12 ans
Capuchon de stylo à bille opaque au RX X, plastic. exp 1 j.

Obs. n° 251 : M.V. F 3 ans
C.E. punaise, exp 6 j.
Arrêt 2 j au niveau de l'angle iléo-coecal

Obs. n° 252 : M.C. G 9 ans
C.E. roue de train, exp 2 j.
Arrêt de moins de 24 h à la partie inférieure de l'oesophage reprise spontanée du transit.

Obs. n° 253 : M.M. F 6 ans
C.E. petit cheval en plastic sur broche fermée, exp 5 j.
Reste bloqué dans l'oesophage au niveau de D4, mais reprend spontanément son transit après un peu plus de 24 h.

Obs. n° 254 : M.M. F 3 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 4 j.

Obs. n° 255 : M.P. G 7 mois
C.E. broche fermée, exp 1 j.

Obs. n° 256 : M.J. G 3 mois
C.E. broche fermnée.

Obs. n° 257 : M.J.C G 2 ans
C.E. clou cavalier, exp 2 j.
Stagne 1 j dans le colon droit.

Obs. n° 258 : M.E. G 12 ans
C.E. roue en plastic, exp 2 j.
Reste bloquée dans l'oesophage au niveau de C6, mise en évidence seulement par le transit baryté. Poussée par oesophagoscopie dans l'estomac.

Obs. n° 259 : N.M.F. F 7 mois
C.E. broche ouverte, exp 3 j.

Obs. n° 260 : N.I. F 3 ans
C.E. agrafe métallique, exp 2 j.

Obs. n° 261 : N.B. F 4 ans
C.E. épingle, exp 2 j.

Obs. n° 262 : M.D. G 3 ans
C.E. clou cavalier, exp 4 j.

Obs. n° 263 : N.B. F 3 ans
C.E. clef, exp 2 j.

Obs. n° 264 : N. J.P. G 4 ans
C.E. épingle à cheveux.
Reste bloquée une semaine au niveau de D2, intervention au 7ème jour, il est pratiqué tout d'abord une gastrotomie, mais il s'avère impossible de mobiliser le C.E. qui sera extrait par duodénotomie au niveau du génu supérius.
Suites simples.

Obs. n° 265 : O.D. G 1 an
Adressé par son médecin le 13.7.64 pour tableau d'appendicite aiguë après ingestion de cerises et de leurs noyaux. La T est à 38°5 et le lendemain on retrouve de nombreux noyaux dans les selles. 2 jours plus tard, devant la permanence des douleurs abdominales on pratique un A.S.P. qui fait découvrir un clou dans le caecum.

Du 15 au 27.7 le clou reste dans la même position, au même endroit, la T évolue entre 37 et 38°.
Intervention le 27.7 par incision de Jalaguier, le clou est glissé dans l'appendice, on note de nombreux ganglions dans le mésentère.
Extraction du clou par appendicectomie.
Suites simples.

Obs. n° 266 : O.P. G 9 ans
C.E. anneau métallique, exp 2 j.

Obs. n° 267 : O.S. F 3 ans
C.E. médaille, exp 6 j.
S'arrête un jour dans le Caecum.

Obs. n° 268 : O.G. F 1 an
C.E. épingle, exp 2 j.

Obs. n° 269 : O.A. G 14 ans
C.E. médaille, exp 5 j.

Obs. n° 270 : P.M. G 7 ans
C.E. oeillet de chaussures, exp 2 j.

Obs. n° 271 : P.C. G 10 ans
C.E. boîte de coco, exp 10 j.
Reste 6 j. dans l'estomac.

Obs. n° 272 : P.T. G 17 mois
C.E. vis, exp 2 j.

Obs. n° 273 : P.C. F 6 ans
C.E. Os de lapin
Arrêt au niveau de l'oesophage cervical en C7, oesophagoscopie 24 h plus tard, extraction.

Obs. n° 274 : P. J.C. G 11 ans
C.E. piton, exp 1 j.

Obs. n° 275 : P.N. G 5 ans
C.E. pièce de 10 F. exp 2 j.
Arrêt 1 j dans l'estomac.

Obs. n° 276 : P.M. G. 5 ans
C.E. punaise, exp 3 j.

Obs. n° 277 : P. M.J. F 14 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 3 j.

Obs. n° 278 : P.A. F 7 ans
C.E. boîte de coco, exp 9 j.
6 j. d'arrêt dans l'estomac.

Obs. n° 279 : P.C. G 4 ans
C.E. métallique, exp 2 j.

Obs. n° 280 : P.C. G 5 ans
C.E. bouton, exp 8 j.
Lorsqu'il est adressé dans le service le bouton est dans l'estomac depuis 1 semaine et il suffit d'1 j. de régime cellulosique pour obtenir l'expulsion.

Obs. n° 281 : P.S. F 1 an
C.E. punaise, 2 j.

Obs. n° 282 : P.P. G 1 an
C.E. épingle en plastic, opaque au Rx X, exp 1 j.

Obs. n° 283 : P.D. G 4 ans
C.E. épingle, exp 2 j.

Obs. n° 284 : P.H. G 2 ans
C.E. 1 épingle à nourrice fermée, exp 3 j.
Stagne dans l'estomac 2 j.

Obs. n° 285 : P.L. G 15 mois
C.E. pièce de monnaie, exp. 9 j.
S'arrête une 1ère fois dans l'oesophage inférieur (moins de 24 h). Passe ensuite 7 j dans l'estomac pendant lesquels survient une crise douloureuse épigastrique de 1 h.

Obs. n° 286 : P.A. G 10 ans
C.E. sifflet, exp 2 j.
Arrêt oesophagien au niveau de D4 durant moins de 24 h.

Obs. n° 287 : P.B. G 1 an
C.E. clou cavalier, exp 2 j.

Obs. n° 288 : P.C. F 1 an
C.E. épingle, exp 1 j.
Trt régime cellulosique.

Obs. n° 289 : P.J. G 14 ans
C.E. aiguisoire de critérium, exp 1 j.

Obs. n° 290 : P.A. G 4 ans
C.E. pièce de 1 f. exp 12 j.
Passe 9 j dans l'estomac.

Obs. n° 291 : O. M.C. F 3 ans
C.E. médaille, exp 1 j.
Il s'agit d'une mongolienne.

Obs. n° 292 : O.O. G 4 ans
C.E. clou, exp.2 j.

Obs. n° 293 : R.Y. F 6 ans
C.E. vis, exp 3 j.
Trt régime cellulosique.

Obs. n° 294 : B.D. F 12 ans
C.E. fil métallique d'appareil dentaire, exp 3 j.

Obs. n° 295 : B.S. G 7 ans
C.E. anneaux avec chaîne, exp 6 j.
Reste 3 j dans l'estomac.

Obs. n° 296 : B.L. F 2 ans.
C.E. punaise, exp 3 j.

Obs. n° 297 : B.A. G 6 ans
C.E. cylindre métallique, exp 4 j.

Obs. n° 298 : B.D. G 3 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 5 j.
Stagne 1 j. dans l'estomac.

Obs. n° 299 : B.N. F 1 an
C.E. épingle à cheveux, exp 2 j.

Obs. n° 300 : B.P. F 3 âns
C.E. épingle de sûreté fermée, exp 2 j.

Obs. n° 301 : B.N. G 13 ans
C.E. lame de taille-crayon, exp 2 j.

Obs. n° 302 : B.N. F 7 ans
C.E. boîte de coco, exp 6 j.
Passe trois j. dans l'estomac.

Obs. n° 303 : P.J. G 5 ans
C.E. fiche de prise électrique, exp 2 j.

Obs. n° 304 : P.S. F 1 an
C.E. broche ouverte, exp 1 j.

Obs. n° 305 : B.J.P. G 1 an $\frac{1}{2}$
C.E. Bris de verre bien visibles radiologiquement, exp 2 j.

Obs. n° 306 : P.A. G 8 ans
C.E. clef de jouet, exp 2 j.

Obs. n° 307 : B.J. F 11 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 2 j.
Arrêt de moins de 24 h dans l'oesophage au niveau de D10.

Obs. n° 308 : P.S. G 10 ans
C.E. clou, exp. 3 j.

Obs. n° 309 : P.G. F 10 ans
C.E. boîte de coco,
Stagne 10 j minimum dans l'estomac.

Obs. n° 310 : B.P. G 3 ans
C.E. Pièce métallique, exp 2 j.

Obs. n° 311 : B.C. F 7 mois
C.E. Broche, exp 2 j.

Obs. n° 312 : B.P. F 5 ans
C.E. Clou, exp 2 j.

Obs. n° 313 : P.P. G 4 ans
C.E. crochet métallique, exp 2 j.

Obs. n° 314 : P.M. F 3 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 3 j.

Obs. n° 315 : P.G. G 2 ans
C.E. fiche de prise électrique, exp 3 j.

Obs. n° 316 : P.D. G 3 ans
C.E. roue de jouet, exp 4 j.

Obs. n° 317 : B.A. G 7 ans
C.E. clou, exp 5 j.

Obs. n° 318 : B.I. F 3 ans
C.E. vis, exp 1 j.

Obs. n° 319 : R.P. G 1 an ½
C.E. barrette à cheveux, exp 6 j.

Obs. n° 320 : R.R. G 9 ans
C.E. pièce de monnaie.
La dysphagie fait pratiquer d'emblée un clichéthoracique fait localiserla pièce à l'oesophage cervical, reprise du transit en moins de 24 h.

Obs. n° 321 : R.R. G 2 ans
C.E. 2 roues avec leur axe, exp 2 j.

Obs. n° 322 : R.M. F 3 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 9 j avec une progression régulière sans arrêt.

Obs. n° 323 : S.C. G 6 ans
C.E. Piton, exp 2 j.

Obs. n° 324 : S. J.Y. G 1 an ½
C.E. bobine métallique, exp 2 j.

Obs. n° 325 : S. J.F. G 4 ans
C.E. clou, exp 4 j.

Obs. n° 326 : S.M. G 3 âns.
C.E. poussoir de stylo bille, exp 2 j.

Obs. n° 327 : S.M. G 3 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 2 j.

Obs. n° 328 : S.L G 3 ans
C.E. punaise, exp 3 j.
Poussée fébrile à 38°4, la veille de l'expulsion.

Obs. n° 329 : S.H. F 2 ans
C.E. piton, exp 1 j.

Obs. n° 330 : S.A. G 2 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 6 j.
Dont 4 j passés dans l'estomac.

Obs. n° 331 : S.I. G 4 ans
C.E. piton, exp 2 j.

Obs. n° 332 : S.G. G 1 an
C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 2 j.
Arrêt au niveau de D8 dans l'oesophage.

Oesophagoscopie le jour même repoussant l'épingle dans l'estomac.

Obs. n° 333 : S.L. F 7 ans
C.E. pièce de monnaie.
Arrêt dans l'oesophage en D4 qui dure moins de 24 h, puis arrêt de 2 j dans l'estomac.

Obs. n° 334 : S.M. F 3 ans
C.E. clou, exp 3 j.

Obs. n° 335 : S.T. G 4 ans
C.E. bille de verre, opaque au Rx X, exp 5 j.
Stagne 4 j dans l'estomac.

Obs. n° 336 : S.P. G 7 mois
C.E. épingle de sûreté ouverte, exp 3 j.

Obs. n° 337 : S. J.P. G 4 ans
C.E. clef de jouet, exp 3 j.

Obs. n° 338 : S.B. F 8 ans
C.E. pièce de 100 F.
Arrêt oesophagien devant D1 un peu plus de 24 H avec reprise du transit.

Obs. n° 339 : S.J. G 2 ans
C.E. vis, exp 2 j.

Obs. n° 340 : F.S. G 11 ans
C.E. clou de 7 cm.
Il s'agit d'un encéphalopathe qui était suivi en médecine. En Juillet 66 il est hospitalisé pour des poussées fébriles répétées avec parfois leucopénie et eosinophilie. La V.S. est très accélérée.
Pas de suppuration retrouvée.
En sept. 66, pleurésie séro-fibrineuse, liquide stérile à la culture.
En fév.67, les diagnostics évoqués sont la péri-artérite, le lupus ou une maladie de système type lymphogranulomatose, la moelle est riche, l'anémie modérée avec leucocytose à 15.000
Une U.I.V. est pratiquée à la recherche de ganglions rétro-péritonéaux et l'on a la surprise de découvrir le corps étranger (clou) au niveau de D4.

Intervention en mars 67, entérotomie sur D4, extraction du corps étranger.

L'exploration découvre une tumeur pierreuse d'aspect néoplastique de l'angle colique gauche et du pole inférieur de la rate. Le colon étant non préparé, on pratique simplement un prélèvement ganglionnaire.

Examen ana-path du ganglion : lésion inflammatoire, modérée, banale.

Suites opératoires simples. Un lavement baryté pratiqué 10 j plus tard s'avère normal. La leucocytose est revenue à 7000 blancs.

Obs. n° 341 : T.B. G 6 ans
C.E. épingle, exp 2 j.

Obs. n° 342 : T.C. F 9 ans
C.E. épingle, exp 1 j.

Obs. n° 343 : T.M. G 13 ans
C.E. épingle.

Obs. n° 344 : T.V. F 10 mois
C.E. clou cavalier.
Arrêt dans l'oesophage au niveau de D4, mise au régime cellulosique, reprise du transit.

Obs. n° 345 : T.C. F 4 ans
C.E. épingle 1 j.

Obs. n° 346 : T.D. G 3 ans
C.E. clou.

Obs. n° 347 : T.G. G 10 ans
C.E. pièce de monnaie.

Obs. n° 348 : T.S. F 3 ans
2 C.E. piton et écrou, exp 2 j.

Obs. n° 349 : T.M. F 18 mois
C.E. agrafe, exp 1 j.

Obs. n° 350 : T.A. G 2 ans
C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 7 j.
Arrêt gastrique 4 j.

Obs. n° 351 : T.D. G 6 ans

C.E. pièce de monnaie, exp 1 j.

Obs. n° 352 : T.L. G 2 ans
C.E. Objet métallique.

Obs. n° 353 : U.M. F 8 mois
C.E. épingle à nourrice formée, exp 2 j.

Obs. n° 354 : V.J. F 2 ans
C.E. pièce de monnaie.

Obs. n° 355 : V.K.C. F 2 ans
C.E. épingle à cheveux, exp 2 j.
Trt régime cellulosique.

Obs. n° 356 : V.R.M. F 1 an
C.E. Clou, exp 4 j.

Obs. n° 357 : V.H. F 8 ans
C.E. épingle, exp. 2 j.

Obs. n° 358 : V.A. F 3 ans
C.E. barrette à cheveux, exp 8 j.
5 j d'arrêt dans l'estomac.

Obs. n° 359 : V.P. G 4 ans
C.E. clou, exp. 2 j.
1 j d'arrêt dans l'estomac.

Obs. n° 360 : V.M. G 5 ans
C.E. barrette à cheveux, exp 4 j.

Obs. n° 361 : V.A. G 4 ans
C.E. bille métallique
5 j. d'arrêt dans l'estomac.

Obs. n° 362 : V.P. G 11 ans
C.E. ressort, exp. 4 j.

Obs. n° 363 : V. J.P. G 7 ans
C.E. pièce de 10 F, exp 4 j.

Obs. n° 364 : V.F. F 3 ans
C.E. épingle à nourrice formée, exp 3 j.

Obs. n° 365 : W.F. G 2 ans
C.E. punaise, exp 1 j.

Obs. n° 366 : W.S. G 3 ans
C.E. broche, exp 2 j.

Obs. n° 367 : X.M. G 8 mois
C.E. épingle à nourrice ouverte, exp 1 j.

Obs. n° 368 : Y.E. G 5 ans
C.E. bille de verre, exp 1 j.

Obs. n° 369 : Y. J.P. G 14 ans
C.E. clef, exp. 2 j.

Obs. n° 370 : Z.P. G 8 ans
C.E. crayon de 7 cm, exp 2 j.

Obs. n° 371 : Z. M.A. F 1 an
C.E. broche ouverte, exp 2 j.

Obs. n° 372 : Z.A. G 2 ans
C.E. pièce de monnaie, exp 2 j.

Obs. n° 373 : Z.E. G 6 ans
C.E. rondelle, exp 2 j.

Obs. n° 374 : Z.I. F 1 an
C.E. métallique, exp 1 j.

Obs. n° 375 : Z.M. G 2 ans
C.E. punaise, exp 4 j.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ARON E.
Les tribulations des ichtyophages.
Arch. franç. Mal. app. dig., expt. 1966, 55, n° 9, 821

2 - AUBRY M., MULER H. et DEMALDENT J.E.
Corps étrangers de l'oesophage à symptomatologie pseudo-tumorale.
Ann. Oto-laryngol., juil.-août 1965, 82, n° 7-8, 609.

3 - BAIRD J.M. et STENCE H.M.
Corps étrangers ingérés migrant du tube digestif vers le rein.
J. of Urol., juin 1968, 99, n° 6, 680.

4 - BALLETREY J. et THURZO R.
Neurinome duodénal développé autour de corps étrangers métalliques.
Gastroentérologie, 1962, 96, n° 6, 359.

5 - BARTIER.
A propos des occlusions intestinales par corps étrangers alimentaires.
Arch. Mal. App. dig., nov. 1957, 46, n° 11, 1209.

6 - A. BEAU et COLL
Aspects chirurgicaux de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant
(à propos de 7 observations)
Ann. Chir. Infant., sept-oct 1970, 11, n° 5, 312.

7 - BENEDICT E.B., HAWES L.E., STEWART C.R., STELLMANN W. et WALSH W.F.
Epingle de couturière dans l'estomac.
J. AM.A., 7 janv. 1961, 175, n° 1, 48.

8 - BENEDICT E.B.
Un extraordinaire corps étranger de l'oesophage.
New England J. Med., 18 juil 1963, 269, n° 3, 147.

9 - BENOIST M.E. et ZWINGELSTEIN J.
Un cas de perforation de l'iléon chez un schizophrène par ingestion massive d'objets métalliques.
Bull. Soc. méd. Afrique noire, 1963, 8, n° 2, 213

10 - BERENDES J.
Extraction de corps étrangers d'un oesophage préthoracique.
HNO, août 1961, 9, n° 11, 282.

11 - BERGER A., LECHNER G; et WAGNER O.
Aspects chirurgicaux des corps étrangers avalés et autolésions.
Wien. méd. Wschr., 2 mars 1968, 118, n° 9/10, 207.

12 - BESSON-VALENTIN E.
Support de sécurité pour éviter la chute dans les voies digestives ou respiratoires des instruments à canaux à rotation manuelle.
Inform. dent., 18 nov. 1965, 47, n° 46, 4390.

13 - BLEICHER M.
Corps étrangers insolites en O.R.L.
J. FR. D'O.R.L., mai 1967, 16, n° 5, 369.

14 - BOLLA A.
Corps étranger exceptionnel de l'oesophage (fourchette).
Fracastore, mars-avr. 1967, 60, n° 2, 177.

15 - BOUCHIT G. et L'AMEZEC M.
Arête de poisson et abcès sous-hépatique.
J. Méd. Bordeaux, oct. 1963, 140, n° 10, 1588.

16 - BOULVIN R.
2 cas de corps étrangers de l'oesophage.
Acta chir. belg., av. 1967, 66, n° 4, 346.

17 - BROUN L.P.
Ablation sans contrôle de la vue d'une pièce de monnaie oesophagienne avec un cathéter de Foley.
Arch. Surg., juin 1968, 96, n° 6, 932

18 - BUNKER P.G.
Complication des corps étrangers.
Laryngoscope, août 1961, 71, n° 8, 927

19 - BUNKER P.G.
Le rôle de la dentisterie dans les problèmes des corps étrangers dans les conduits aériens et digestifs.
J. Am. Dental Ass, juin 1962, 64, n° 6, 787

20 - CABANAC J. et PERTEL J.
Perforation iléale par corps étranger dégluti.
Lyon chir., janv. 1958, 54, n° 1, 118

21 - CALVET J., HERAIL, LACOMBE et SON QUI.
Prothèse dentaire métallique enclavée dans l'oesophage thoracique. Extraction chirurgicale.
Presse méd., 30 sept. 1959, n° 45, 1671

22 - CALVET J., CAMBRIN P., COLL J., et KAMBIC V.
Corps étrangers transfixiants de l'oesophage avec réaction médiastinale
Ann. Oto-laryng., mars 1964, 81, n° 3, 190

23 - CALVET J., COLL J., et SON-OUI.
Extraction de sondes ayant échappé dans la trachée et l'oesophage.
Ann. Oto-laryng. mars 1965, 82, n° 3, 290

24 - CETRULLO C., MARTINELLI, CORTICELLI A.S. et MURGIA A.
Diagnostic et traitement des corps étrangers de l'oesophage.
Minerva chir., 31 oct. 1967, 22, n° 20, 1106.

25 - CHANTOUROV A.G.
Coexistence de corps étrangers dans le larynx et l'oesophage.
Bull. oto-rhino-laryng. (Moscou) 1959, n° 2, 98

26 - CHAVY A. et A.M.
Les blocages alimentaires et médicamenteux de l'oesophage.
Gaz. méd. France, 25 nov. 1962, 69, n° 22, 3235.

27 - CHRISTIEN A.G.
Déglutition accidentelle d'instruments endodontiques.
Dral Surg., nov. 1967, 24, n° 5, 686

28 - CIRCELLA G.
Les corps étrangers intestinaux : A propos d'un cas rare de péritonite herniaire par ingestion d'un gros fragment de bois.
Arch. ital. Chir., 1953, 77, N° 1, 38.

29 - CLAYTON F.S.
Technique d'enveloppement dans du coton pour l'ablation des corps étrangers pointus des voies digestives, Rapport d'une observation.
Am. J. Roentgenol, oct. 1967, 101, n° 2, 491.

30 - CLINO M.S., et SCARPACI F.L.
Occlusion par un ballon de jeux
Nex England J. Méd., 17 nov. 1966, 20, n° 275, 1114.

31 - CLOSIER M.
Une fausse vésicule biliaire. (corps étranger de l'oesophage)
Ann. Oto-laryng., juin 1957, 74, n° 6, 478

32 - COLLOQUE
La chute d'un corps étranger dans les voies digestives ou respiratoires
Chirurgien-dentiste de France, 14 avril 1971, 41, 63 : 41-52.

33 - COLLOQUE.
Epingle de sureté extraite en douceur.
Méd. mondiale, 14 Janv. 1969, n° 30, 45.

34 - COLLOQUE

La chute d'un corps étranger dans les voies digestives ou respiratoires.
Cahiers d'Odonto Stomatologie. Juillet 1970, 2, 3 : 85.

35 - COOPER D.

Occlusion intestinale due à du zeste d'orange. Relation de 2 cas.
Méd. J. Australia, 21 avril 1956, 43-1, n° 16, 664.

36 - DAUM R et COLL.

Swallowed foreign bodies in childhood.
Munche,. Med. Wachr. 10 juin 1966, 108, 1266.

37 - DEBRAY C. et LEYMARIOS J.

Corps étrangers médicamenteux et alimentaires de l'Oesophage.
Entretiens Bichat (médecine) 1965, 448.

38 - del BOCA R.

Deux cas de déglutition de tire-nerf au cours de trantements radiculaires dentaires.
Minerva stomaltol. 9/1958, résumé in Zahnärtl. Rundschau, 20 déc.1958, 67, n° 24, 614.

39 - DINIZ FILHO O.

Perforation de l'iléon par corps étranger ingéré.
Hospital, janv.1966, 69, n° 1, 201

40 - DOMRACHEV A.V. et DOBROV D.D.

Perforation de l'intestin par arête de poisson.
Klinitchescale (Moscou), 1967, 45, n° 10, 116.

41 - DONOUGH O'BRIEN H.

Perforation de l'intestin par corps étrangers ingérés.
Med. J. Austral, 10 av. 1954, 41, n° 15, 559.

42 - EASMAN E.F.

Régurgitation accidentelle d'un instrument à diamant (en l'occurence une meule pour préparation de cavité dentaire).
J. Am Dental Ass., juin 1960, 60, n° 6, 818

43 - EMERSON E.B. Jr.

Corps étrangers des voies aériennes et de l'oesophage.
Am. J. Surg. av. 1963, 105, n° 4, 523

44 - EQUEN M., COACH G., BROWN R. et BENNETT T.

Ablation d'un clou du duodénum au moyen d'aimants à l'intérieur de

la lumière et extra-corporéal.
Arch. of Otolaryng., av.1957, 65, n° 4 : 376.

45 - EQUEN M., ROACH G., BROWN E. et BENNETT T.
Ablation magnétique des corps étrangers de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum.
Arch. of Otolaryng. déc. 1957, 66, n° 6, 706.

46 - EQUEN M.
Corps étrangers, magnétiques ou non, des bronches et de l'oesophage.
Ann. of Otol. Rhin. laryng. déc. 1963, 72, n° 4, 994.

47 - FABGENBERG D., CHIAT H., et LUDMAN H.
Ingestion accidentelle d'instruments endodontiques : un tire-nerfs.
New York State J. Med. 1er mars 1969, 69, n° 5, 693.

48 - FARJON J.
Perforations du tube digestif par corps étrangers déglutis.
Thèse Paris, 1955, n° 999.

49 - FEIGEN G.M. et SHAPIRO N.M.
Granulome dû à une arête de poisson dans une anastomose recto-sigmoïenne
Arch. Surg., déc. 1958, 77, n° 6, 1007.

50 - FERRARI A.J. et TORRADO O.A.
Perforation de l'oesophage par corps étranger, médiastinite.
Prensa méd. argent. 29 Janv., 1960, 47, n° 5, 282.

51 - FEVRE M.
Les corps étrangers du tube digestif sous diaphragmatique.
Chirurgie infantile d'argen., 1967, 423.

52 - FILDERMAN J.
A propos des accidents de déglutition
Information dent. 3 juin 1965, 47, n° 22, 2247.

53 - FRANCILLON J. et MOISANT J.
Obstruction du grêle par corps étrangers déglutis.
Lyon chir. mai-juin 1955, 50, n° 4, 425.

54 - FRIDELL C.H.
Appendicite chez un nourrisson dû à un corps étranger.
Arch. Surg., fév.1964, 88, n° 2, 212.

55 - FURSTE W. et WATKINS P.
Déglutition accidentelle d'une prothèse dentaire partielle et son passage spontané à travers le tube digestif.

Am. Surg. juil.1959, 25, 488.

56 - GANDON J. et MOYAND R.
Les corps étrangers méconnus de l'oesophage.
Ann. Oto-laryng. juil.août 1967, 84, n° 7-8, 564.

57 - GASCOUGNOLLE R.
Les corps étrangers métalliques de l'oesophage dépistés tardivement. Leur extraction par oesophagotomie externe - 5 cas.
Méd. Afrique noire, 1-15 mai 1962, 9, n° 9, 155.

58 - GITLITZ B. et KUNKEL R.E.
Ingestion de corps étrangers multiples.
Rocky Moint. Med. J., juil. 1955, 52, n° 7, 631.

59 - GLASS W.M. et GOODMAN M.
Corps étrangers de l'oesophage chez de jeunes enfants présentant des symptômes respiratoires.
Laryngoscope, av.1966, 76, n° 4, 615.

60 - GOSAVI D.K.
Un corps étranger sphérique de l'extrémité supérieure de l'oesophage restant fixé pendant 5 semaines.
J. of Laryng. Otol., av.1964, 78, n° 4, 430.

61 - GRASSER H.
Un phénomène radiologique cause d'erreur de diagnostic dans les localisations de corps étrangers métalliques pointus dans le tube digestif.
Fortschr, Geb. Rüntgenstr., mars 1962, 96, N° 3, 438-439.

62 - GRIMAUD R. et WERNER J.
A propos d'un double corps étranger pharyngo-oesophagien enclavé chez un nourrisson.
Ann. oto-laryng., mars 1966, 83, n° 3, 272.

63 - J.C. GRITTON et X FOURNIER.
A propos d'un corps étranger insolite dans l'oesophage.
Rev. med. Tours, juin/juil. 1966, 7, 365.

64 - GUITAPENKO A.A.
Perforation de l'iléum par un os.
Khirourguia (Moscou) 1959, n° 12, 104.

65 - HESS J.C.
Prévention de la chute des instruments de chirurgie endodontique dans les voies aéro-digestives.

Cahiers odonto-stomat. juil. 1970, 2, n° 3, 85.

66 - HOLINGER P.H. JOHNSTON K.C. et PANAGOPOULOS A.P.
Corps étrangers oesophagiens et des voies respiratoires d'origine dentaire. Problèmes endoscopiques.

67 - HOMES T.W. jr.
Bezoars et corps étrangers gastro-intestinaux. Etude chirurgicale à l'hopital.
AM. J. Surg., av. 1962, 103, N° 4, 493.

68 - HUIZINGA E.
Quelques considérations sur les corps étrangers dans l'oesophage et dans les bronches.
Ann. oto-laryng., mars 1961, 78, n° 3, 181.

69 - HUIZINGA E.
Corps étrangers et perforations de l'oesophage.
Ann. oto-laryng., mars 1966, 83, n° 3, 154

70 - JEJA W.M.
Corps étranger de l'oesophage chez un nouveau-né.
Vestnik oto-rhino-laryng. (Moscou) 1958, n° 1, 102.

71 - JONES P.G.
Corps étrangers avalés chez l'enfant.
Méd. J. Australia, 16 géf. 1963, 50-1, 239

72 - KATSAS A.G.
Ingestion d'une fourchette.
Arch. surg., juin 1968, 96, n° 6, 930.

73 - KATZ I. et ARCOMANO J.
Observations radiologiques dans un cas de perforation du caecum par un os.
Radiology. sep. 1954, 63, n° 3, 411.

74 - KERN E., KLOSS J. et BREMER A.
Corps étrangers avalés et bézoars dans le tube gastro-intestinal.
Deutsche med. Wschr., 6 mars 1964, 89, n° 10, 480-487.

75 - KLIMNYUK I.G.
Corps étrangers de l'oesophage présents de longue date.
Bull. O.R.L. (Moscou) 1963, n° 1, 100.

76 - KLOKH O.I.
Un cas de galets multiples dans l'intestin d'un enfant de 4 ans.
Pediatria (Moscou), 1958, n° 10, 70.

77 - KOBAK M.W.
Transit d'un corps étranger du tractus intestinal à travers la paroi abdominale : rapport d'un cas de passage de brosse à dent.
Surgery, av. 1964, 55, n& 4, 515.

78 - KOLE W. et OSER W.
Ileus reparquable par corps étranger, encore jamais vu (colle utilisée comme chewing-gum).
Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1964, 307, n° 2, 143.

79 - KONIG R.
Les conséquences de la déglutition par mégarde de corps étrangers.
Ther. Gegenw., sept. 1959, 98, n° 9, 457.

80 - KOSCHIER R.
Extirpation de l'estomac de corps étrangers magnétosensibles.
Arch. Ohren, Nasen-und Nehlkopfheilkunde, déc. 1952, 161, n& 2-2, 571.

81 - KOZLOV M.A., BELYAEV V.N. et CHURYUKANOV N.S.
Perforations de l'intestin par des arêtes de poissons.
Khirourguia (Moscou), 1965, n° 12, 130.

82 - KRAKORA P., HAISOVA L., TOMANEK A. et HANEK P.
L'aspiration et la déglutition d'instruments aigus en stomatologie.
Ann. Chir. thor., juil. 1970, 9, n° 3, 365.

83 - KUHL K.D.
Traumatisme de l'oesophage par corps étranger.
HNO, mars 1966, 14, n° 3, 92.

84 - LACOMME Y. et COLL
Troubles de la déglutition persistants chez un jeune enfant en rapport avec un volumineux corps étranger méconnu.
Journ. Fr Otorhinolaryngologie ? déc. 1969, 18, 820.

85 - LALLEMANT Y. et FRECHE Ch.
Abcès médiastinal secondaire à une perforation oesophagienne par arête de poisson.
Ann. Oto-laryng., octo.-nov. 1959, 76, n° 10-11, 987.

86 - LAMBILLIOTTE J.P. et GOLDSTEIN M.P.
Perforations grêles par corps étrangers. A propos de 2 cas.
Acta gastro-entéro. belg., av. 1963, 26, n° 4, 313.

87 - LASOCKI J. et KOCON T.
Perforation intestinale par corps étranger non métallique ingéré accidentellement.
Polski Tygod. Lek. 1966, 21, n° 5, 187.

88 - LAURENCE G.
Les corps étrangers diaphragmatique du tube digestif.
Sem des hôpitaux 37 : 1949, 1595.

89 - LAURENCE G.
Conduite à tenir devant un corps étranger dégluti.
1957.

90 - LAVINE M.H. et STOOPACK J.C.
Crops étrangers oesophagiens d'origine dentaire.
J. Am Dental Ass;, mai 1968, 76, n° 5, 1040.

91 - LEBEDEVSKY B.N.
Un rasoir de sureté, corps étranger de l'oesophage.
Vestnik O.P.L. (Moscou), 1964, n° 1, 90.

92 - LEBOURG L. et MARC A.
Histoire de tire-nerf dégluti.
Inform. dent., 17 déc. 1953, 35, n° 51, 1612.

93 - LEDER J. et COLL
Foreign body in the rectum
Zbl. Chir., 9 nov. 1968, 93, 1583.

94 - LELL W.A.
L'emploi de la pince flexible dans l'ablation de l'épingle de sûreté ouverte et des corps étrangers fourchus de l'oesophage, par version gastrique.
Ann. of Otol-Rhin. Laryng., déc. 1958, 67, n° 4, 1171.

95 - LELL W.A.
L'emploi d'un forceps flexible pour enlever des objets fourchus ou autres types de corps étrangers de l'oesophage et de l'estomac.
Ann. of Otol. Rhin. laryng., déc. 1966, 75, n° 4, 1039.

96 - LUBORSKY F.E., DRUMMOND B.J. et PENTA A.Q.
Les progrès récents de l'ablation de corps étrangers magnatiques de l'oesophage de l'estomac et du duodénum avec des aimants permanents contrôlables.
Am. J. Roentgenol., nov. 1964, 92, n° 5, 1023.

97 - LUSCHER E.
Technique de l'extraction endoscopique des épingles de nourrice ouvertes de l'oesophage des tout-petits.
Schweiz. méd. Wschr., 23 nov. 1957, 87, n° 17, 1422.

98 - McDADE H.C. et GRANDELL W.B.
Perforation gastro-intestinales par un corps étranger rare, (piquant de porc-épic) : relation de deux cas.
New England J. Méd., 10 av. 1958, 258, n° 15, 747.

99 - MALENCHINI M., RESANO J.H. et MARTINITTO L.
Simulation d'un cancer de l'oesophage par un corps étranger intra-oesophagien.
Prensa méd. argent., 30 nov. 1956, 43, n& 48, 3535.

100 - MAROSKE D. et COLL.
Swallowed foreign bodies in childhoad.
Zentralbl. Chir., 3 avr. 1971, 96, 464.

101 - MASSE L., SENTUCQ M. et LAINE F.
Curieuse migration d'un corps étranger dégluti.
Bordeaux chir., oct. 1958, n° 4, 215.

102 - MATHIS P., COFFIN R. et PETIT C.
Champignons, hameçon et occlusions.
Ann. méd. pharm. Reims, mars 1966, 3, n° 1, 27-28.

103 - MICHALE W.F. et MEYMARK S.M.
Corps étrangers du duodénum.
Polski Tygod. lek., 1961, 16, n° 48, 1853

104 - MITROVIC M.
Corps étrangers du néo-oesophage
Acat oto-laryng., fév. 1963, 56, n° 1, 32.

105 - MOHILLAN W.M.
Une complication rare de la dilatation oesophagienne (anneau pour dilatation avalé.)
J.A.M.A., 4 janv. 1965, 191, n° 1, 56

106 - MOREAU A.
Migration d'une pince à cheveux dans le tube digestif d'un enfant de 3 ans.
Evacuation dans incident par les voies naturelles.
J. radiol. Electrol., 1953, 34, n° 5/6, 367

107 - MORITSCH E. et KOTZBAUER F.
Recherches expérimentales et histologiques sur l'animal et sur les arêtes de poisson piquées dans le tissu sous-muqueux.
Mschr. Ohrenh. Laryngo-Rhinol., Juin 1959, 93, n° 3, 163

108 - MULLER H.
Corps étrangers de l'oesophage.
E.M.C. Oto-rhino-laryngologie 20835 A 10 juin 7I.

109 - MULLER M.
Perforation du colon par corps étranger.
Praxis, 4 déc. 1952, 41, n° 49, 107I.

110 - MULLER H.
Les corps étrangers de l'oesophage et des voies aériennes basses.
Mschr., Ohrenh., Laryngo-rhinol., juil.1961, 95, n° 7, 346

111 - MURAT J. et COOL.
108 cas de corps étrangers déglutis dans le tractus digestif à l'exclusion de l'oesophage.
Lyon chiru., nov-déc. 69, 888

112 - NASIO J.
Corps étrangers de l'estomac.
Rev. brasil. gastroentérol., mars-avril 1957, 9, n° 2, 50.

113 - NICHAMIN S.J. et GOODE W.S.
Corps étranger (trombone circulaire pour papier) dans l'oesophage d'un jeune nourrisson.
J. of. Ped. août 1957, 51, n° 2, 197-201.

114 - NIGHBERT E. et COLL
Trachéobronchial and oesophageal foreign body extraction in infants and children
Journ. Kentucky. Med. Ass., août 1969, 67, 575

115 - NISSEN H. - H.
Localisation de corps étrangers dans l'oesophage et l'estomac.
HNO, mars 1966, 14, n° 3, 90

116 - NOREIKOE.A.
Séjour prolongé d'un corps étranger dans l'oesophage ayant entraîné la perforation de l'aorte.
Bull. O.R.L. (Moscou) 1958, n° 3, 101.

117 - PAGES R.
Corps étrangers du tube digestif chez l'enfant.
Gazette Méd. Fr 30 nov. 1970, 77, 31, 6722.

118 - PAIN, DEFUEZ J.P. et KORNGOLD.
Accidents liés à la déglutition ou à l'inhalation de prothèses mobiles.
Rev.Stomat. Paris, déc. 1970, 71, n° 8, 730.

119 - PELLERIN D. et GOUIN J.L.
383 cas de corps étrangers du tube digestif chez l'enfant.
Concours méd. 21 av. 1956, 78, n° 16, 1811.

120 - PENTA A.Q.
Les corps étrangers métalliques et magnétiques de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum. Perfectionnements récents de leur extraction à l'aide de l'Alnico contrôlable.
Ann. Oto. Laryng., mars 1967, 84, n° 3, 162.

121 - PERRONE J.A. et CIPCIC J.A.
Oesophagoscopie pour avalation de corps étrangers chez un prématuré de 7 mois.
Arch. of Otolaryng., mai 1957, 65; n° 5, 522.

122 - PEYCELON R. et PETLU AZ P.
Rétention dans le duodénum pendant 10 ans d'un bouton de Jaboulay.
Arch. Mal. app.dig., mars 1961, 50, n° 3, 249.

123 - PIAGET F.
Perforation de l'oesophage par épingle anglaise avec péricardite chez un nourrisson.
Ann. Oto-laryng., mars 1966, 83, n° 3, 266.

124 - PIMPINELLA P.J.
Obstructions des voies aériennes par un corps étranger de l'oesophage.
Arch. of Otolaryng., Juin 1964, 79, n° 6, 608.

125 - PIQUET J.J. et VAN KEMMEL B.
Fistules oeso-tranchéales par corps étrangers, guérison par traitement médical.
Ann. oto-laryng., mars 1967, 84, n° 3, 247.

126 - POGASSOV V.S.
Débris d'une lame de rasoir de sureté en tant que corps étranger de l'oesophage.
Bull. O.R.L. (Moscou), 1958, n° 5, 122.

127 - POSTNIGAN P.A.
Extraction opératoire d'un clou de 5 cm de long du duodénum d'un enfant d'un an.
Khirourguia (Moscou), 1958, n° 5, 132.

128 - J.PREVOT.
A propos des corps étrangers digestifs chez l'enfant.
L'Omniprat. Français, Mai 1966, 16, 347.

129 - PINNIER F.G.
Le rôle de la dentisterie dans les problèmes des corps étrangers dans les conduits aériens et digestifs.
J. Am. Dental., juin 1962, 61, n° 6, 787.

130 - REMIGOLSKI S.
Corps étrangers déglutis.
Zbl. Chir. 10 Mai 1958, 83, n° 19, 1009-1018.

131 - RIBET M. et COLL.
Anévrysme traumatique de l'aorte secondaire à une perforation oesophagienne par corps étrangers.
Mém Acad. Chir. 1969, 95, 775.

132 - RICKMAM P.P.
Ingested foreign bodies in childhodd.
Ann. R. Coll. Surg. Engl., janv.1971, 48, 25.

133. - ROBINSON A.S.
Occlusion de l'oesophage par bol alimentaire traité par digestion enzymatique.
J.A.M.A. 29 sept. 1962, 181, n° 13, 1143.

134 - ROSENAU H.
Corps étrangers oesophagiens chroniques chez le nourrisson.
HNO, fév. 1964, 12, n° 2, 58.

135 - ROSSI A.A. et FERNANDEZ J.C.
Les corps étrangers ingérés. Leurs complications.
Prensa méd.argent. 25 déc. 1959, 46, n° 52, 2955.

136 - TUSKIN R.L.
Un nouveau signe radiologique : le plan d'un croc et de sac de "chips" ingéré.
New England J. Med. 16 av. 1964, 270, n° 16, 840.

137 - SAIKEN L.
Corps étrangers de l'estomac.
Am. J. Surg. mars 1959, 97, n° 3, 343.

138 - SANDERSON R.A.
Ablation de corps étrangers de l'oesophage par voie d'abord externe.
Arch. of Otolaryng., sept. 1957, 66, n° 3, 306.

139 - SANTY P., MICHAUD P. et LATREILLE R.
Corps étrangers de l'oesophage. Intérêt de la gastrotomie pour leur extraction dans certains cas.

140 - SCATCHARD G.S., DUSZYNSKI D.G., MUNSCHAUER R.w; et PEREZ Y.R.
Attitude devant l'ingestion de corps étrangers.
New York Stade J. Med., 15 Janv. 1961, 61, n° 2, 234.

141 - SCHAUS R.
Corps étranger végétal de l'estomac.
Ann. Med. Nancy, mars 1968, 7, 371.

142 - SCHMUCKERT K.
Les coquilles d'oeufs en tant que corps étrangers de l'oesophage.
Munch. med. Wschr., 6 mars 1959, 101, n° 10, 406.

143 - SEDDIOUK M.P.
Perforation de l'anse sigmoïde par arêtes de poisson, simulant une tumeur.
Khirourguia (Moscou), 1960, n° 2, 117.

144 - SHAW A. et VARGAS H.
Ablation magnétique de corps étrangers de l'estomac.
New York State J. Med., 15 av. 1966, 66, n° 8, 999.

145 - SHERMAN B.M. KARLINER J.S. KIRKAWA Y., OKA M. et GOLDIN R.
Ingestion traumatique fatale d'une prothèse dentaire radiolumineuse trachéo-oesophagienne.
New England, J.Med. 5 déc. 1968, 279, n° 23, 1276.

146 - SIMON H.T.
Position étrange d'une épingle de sureté (initialement dans l'estomac,

puis dans l'oesophage.
J. of Laryng., Otol., janv. 1960, 74, n° 1, 63.

147 - SIMON J. et COLL.
Pathologie de l'oesophage - Tumeurs malignes - Tumeurs bégnines - Hernies hiatales - Oesophagites peptiques - Magnesophage - Diverticules de l'oesophage - Rétrécissement cicatriciel après ingestion - affections exceptionnelles - corps étrangers à l'oesophage - traumatismes de l'oesophage.
Cahiers intégrés de Med. 20 oct. 1970, n° 2, 63-86.

148 - SORENSEN K. et WELIN F.
Corps étrangers de l'oesophage. Complications de l'oesophagoscopie diagnostique et leur traitement.
Acta oto-laryng., mars-av. 1962, 54, n° 3 - 4, 308 - 318.

149 - SOUIAS A., GUERRIER Y., NICHER L., et DUJEAN Y.
A propos des corps étrangers de l'oesophage.
Ann. Oto-laryng., mars 1966, 83, n° 3, 177.

150 - SPITZ Lewis.
Conduite à tenir devant les corps étrangers déglutis chez l'enfant.
British Medical Journal, 1971, 4, 469-472.

151 - STEVENSON
Foreign bodies in the gastro-intestinal tract of infants and children.
Ann. Surg. 1968, 34, 151 - 158.

152 - SERATER P.
Epingles et autres corps étrangers avalés.
Zbl. Chir. 2 fév. 1957, 82, n° 5, 199-202.

153 - SUDAKA M.
A propos de la chute des corps étrangers dans les voies respiratoires et digestives.
Rev. Fr. Odonto-Stomat., aout-sept. 1962, 9, n° 7, 1020.

154 - SUDAKA C.-M.
La chute des corps étrangers dans les voies respiratoires ou digestives. Prophylaxie et traitement.
Inform. dent. 18 mars 1965, 47, n° 11, 1052.

155 - SYLVESTRE P.A.
Les corps étrangers des voies aéro-digestives.
Lyon Méditennannée Med. 3, n° 8, 43-53.

156 - TUCKER G.F. jr.
Présence en onction de l'âge de la déglutition des pièces de monnaie dans l'oesophage.
Ann. of Otol. rhin. Laryng., déc.1964, 73, n° 4, 1116-1123.

157 - TZETZU I., DIMITRIU A.V. et St UDRESCO.
Quelques considérations sur les corps étrangers oesophagiens.
Ann. Oto-laryng., mars 1957, 74, n° 3, 141-149.

158 - VZLLA E.F. et BOOTH P.J.
Corps étrangers de l'oesophage.
Brit. méd. J. Oct.65, 2, N° 5469, 1042.

159 - VIGALOK S.G. et KLINOV G.I.
Un cas de séjour prolongé d'un corps étranger (une pièce de monnaie) dans le bulbe duodénal.
Rev. radiol. (Moscou), mai 64, 39, n° 5, 61.

160 - VOLGYESI J. et BERENYI J.
Corps étrangers de l'oesophage.
HNO, janv.69, 17, n° 1, 8-10

161 - Von L.GELEY
Corps étrangers avalés par les enfants.
Wiens. med.Wschr.21 juin 69, 119, n° 25-26, 480-484.

162 - WADOLOWSKI W.
Elimination spontanée des corps étrangers avalés (1.000 cas)
Bruns Breitr. Klin Chir. juil.65, 210, n° 4, 409-414.

163 - WECHSELBERG K.
Corps étrangers par ingestion chez l'enfant (dans l'oesophage)
Mschr.Kinderh., aout 68, 116, n° 8, 465-471.

164 - X ...
Urgences pédiatriques accidents du premier âge. Corps étrangers du tube digestif.
Documents Midy, 1970, 2, 37.

165 - ZELMAN S.
Le cas d'un dangereux pruneau (corps étranger dans le jéjunum.
New Engl. J. Méd. déc 1961, 261, n° 24, 1202-1204

Vu le Président de thèse

Monsieur le Professeur CHIGOT

Vu le Doyen de la faculté

Monsieur le Doyen LOYGNE

Vu et Permis d'imprimer

le Recteur de l'académie de Paris

R. MALLET.